

ROSALBA CASSUCI ARANTES

**A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU EM PARACATU-MG:
análise do período 2004 a 2006**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Wilza Vieira Villela.

**FRANCA
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Catálogo na fonte – Biblioteca Central da Universidade de Franca

A684r	<p>Arantes, Rosalba Cassuci</p> <p>A realização do exame papanicolaou em Paracatu-MG: análise do período 2004 a 2006. 2009 / Rosalba Cassuci Arantes; orientador: Wilza Vieira Villela – 2009</p> <p>94 f.: 30 cm.</p> <p>Dissertação de Mestrado – Universidade de Franca</p> <p>Curso de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestre em Promoção de Saúde</p> <p>1. Promoção de saúde – Câncer do colo do útero. 2. Câncer do colo do útero – Exame papanicolaou (Paracatu, MG). 3. Câncer do colo uterino – Sistema de informação. 4. Exame papanicolaou (realização) – Paracatu, MG (período 2004 a 2006, análise). 5. Exame papanicolaou – Prevenção e controle. I. Universidade de Franca. II Título.</p> <p>CDU – 614:618. 146(815.1)</p>
-------	---

ROSALBA CASSUCI ARANTES

A REALIZAÇÃO DO EXAME PAPANICOLAOU EM PARACATU-MG:
análise do período 2004 a 2006

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA
DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE

Presidente: _____

Profa. Dra. Wilza Vieira Villela
Universidade de Franca

Titular 1: _____

Profa. Dra. Branca Maria de Oliveira Santos
Universidade de Franca

Titular 2: _____

Profa. Dra. Elisabeth Meloni Vieira
Universidade de São Paulo
Faculdade de Medicina - Ribeirão Preto

Franca: ___/___/___

DEDICO este estudo aos meus pais, pelo amor incondicional, e aos meus filhos, Sergio Luiz e Thalita, razão por continuar lutando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, proteção nas viagens, saúde e disposição para o trabalho;

aos meus pais pelo apoio dado à minha formação profissional, pelo amor e pelas orações;

ao meu filho Sergio Luiz por me amar e compreender minha distância;

à minha filha Thalita Cassuci pelo amor, amizade e companheirismo em todos os momentos;

à minha orientadora Prof^a. Dr^a. Wilza Vieira Villela pela orientação e confiança na realização deste trabalho;

às professoras Dr^a. Mônica de Andrade Morraye e Dr^a. Branca Maria de Oliveira Santos pelas valiosas contribuições efetivadas na banca de qualificação;

às amigas de mestrado e viagens, Joice Luiza Appelt Martins, Michelle Faria Lima e Rosângela Malard Rocha, pelos momentos de conhecimento e alegria compartilhados;

ao Mantenedor da Faculdade Tecsuma, por acreditar no meu trabalho, apoiar, confiar em minha capacidade e competência;

aos colegas e professores do mestrado (turma 2007/2008), por compartilharem seus conhecimentos e trocas de experiências;

ao Gestor Municipal do SUS de Paracatu, por entender a importância deste estudo e autorizar seu desenvolvimento;

à Direção e Funcionários do Laboratório SIAP de João Pinheiro/MG pelo acolhimento e confiança;

enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para este trabalho.

*Da relutância em deixar as coisas como estão.
Do excessivo zelo pelo que é novo e o desprezo por aquilo que
é antigo.
Da preocupação de valorizar o conhecimento mais que a
sabedoria, a técnica mais que a arte e a esperteza mais que o
senso comum.
Do habito de tratar pacientes como casos e da conduta
terapêutica que é mais penosa do que a própria doença.*

DEUS NOS PROTEJA!

Sir Robert Hutchison.

RESUMO

ARANTES, Rosalba Cassuci. **A realização do exame papanicolaou em Paracatu-MG: análise do período 2004 a 2006.** 2009. 94f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca-SP.

Na presente pesquisa realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo, tendo como fonte de dados as Fichas de Requisição do Exame Citopatológico do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (PNCCCU) do Sistema Único de Saúde do município de Paracatu/MG, das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, referentes ao período de 2004 a 2006, visando identificar a cobertura da realização do exame de Papanicolaou e compará-la com os dados registrados no Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino (SISCOLO); identificar o total de mulheres que se submeteram ao exame mais de uma vez e descrever os seus resultados. O estudo permitiu identificar uma defasagem entre as informações contidas no SISCOLO relativas ao número de exames realizados e o número de mulheres que o realizaram na ordem de 15%. A cobertura da realização do exame Papanicolaou encontra-se abaixo da ideal, já que apenas 50% das mulheres estão tendo acesso ao exame, e entre as que estão realizando-o 42,51% encontram-se na faixa etária de menor risco para a doença. A identificação das lesões precursoras do câncer permitiu encontrar um índice de detecção de 0,73%, mais baixo que o encontrado em outros estudos. Outro dado elucidado neste estudo foi a não realização de seguimento em 18,58% das mulheres com resultados alterados em células epiteliais. De acordo com vários autores a efetividade no controle do câncer de colo do útero depende de elevados índices de qualidade, cobertura e acompanhamento de mulheres com lesões identificadas. Os dados deste estudo sugerem a necessidade de reorganização das ações de controle do câncer do colo do útero em Paracatu, no sentido do aumento da cobertura, da busca ativa da população sob maior risco e da realização de seguimento nos casos indicados, de acordo com as recomendações do PNCCCU. Deve, também, ser considerada a relação de interdependência entre as ações de promoção da saúde para a prevenção desta neoplasia, destacando-se aí a necessidade do controle, em nível local, das coletas realizadas, seguimento das mulheres examinadas e adequação das estratégias de sensibilização das mulheres sob maior risco para a realização do exame de Papanicolaou.

Palavras-chave: Câncer do colo do útero; Exame Papanicolaou; Sistema de Informação do Câncer do Colo Uterino; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

ARANTES, Rosalba Cassuci. **The Pap test realization in PARACATU - MG:** analysis from the 2004 to 2006. 2009. 94f. Dissertation (Master's degree in Health Promotion) – University of Franca, Franca-SP.

In the present research was realized a descriptive and retrospective study having as source of the data the Requisition Sheets of Cytopathologic Tests of the National Program for Cancer of the Cervix Control (PNCCCU) of the Unified Health System in Paracatu - MG of women from 25 to 59 years old, from 2004 to 2006, order identify the coverage of the implementation of the Pap Test and compare it with the registered data in the Cervical Cancer Data System (SISCOLO), identify the number of women who submit more than once to the test and describe their results. The study identified a discrepancy between SISCOLO information about the number of realized tests and the number of women who have done was in the order of 15%. The Pap test coverage is not the ideal, since than just 50% of women have access to the exam and among those who do the test 42.51% are in the age group of less risk for the disease. The identification of precursor lesions of cervical cancer allowed a detection rate of 0.73%, lower than found in other studies. Another data was clarified in this study, 18,58% of women with abnormal results in epithelial cells do not have doctor accompaniment. According to several authors the effectiveness in controlling cervical cancer depends on high quality levels, coverage and monitoring of women with lesions identified. This study suggest the necessity of reorganization of cervical cancer control in Paracatu, increasing its coverage, the active search of the population at greater risk and the accompaniment of the suggested cases, according to the recommendations of PNCCCU. It should also be considered the interdependence relationship between health-promotion actions for cancer prevention, detaching the need of control at local level, of the samples, accompaniment of the examined women and adapting strategies to raise awareness of women under risk to the realization of the Pap test.

Keywords: Cervical Cancer, Pap Test, Cervical Cancer Data System, Health Promotion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	—	Diagrama esquemático do avanço da maturação da metaplasia escamosa imatura	20
Figura 2	—	Progressão do epitélio normal a câncer invasor	22
Figura 3	—	Seqüência típica de eventos na história natural do câncer do colo do útero	33
Figura 4	—	Fluxograma de condutas clínicas frente ao resultado do exame citopatológico	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	—	Quantidade de Exames Citopatológicos do Colo uterino realizados em Paracatu/MG de acordo com os relatórios do SISCOLO - 2004 a 2006	53
Tabela 2	—	Quantidade de Exames Citopatológicos do Colo Uterino realizados no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG	54
Tabela 3	—	Quantidade de Exames Papanicolaou, realizados pelas mulheres de 25 a 59 anos, de acordo com levantamento realizado nas Fichas de Requisição do Exame - período de 2004 a 2006, Paracatu/MG	55
Tabela 4	—	Cobertura da realização do Exame Papanicolaou pelas mulheres de 25 a 59 anos, segundo levantamento realizado nas Fichas de Requisição do Exame, no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG	55
Tabela 5	—	Comparação entre a quantidade de exames realizados informados pelo SISCOLO e a quantidade de mulheres que realizaram o exame segundo levantamento realizado nas fichas de requisição do exame - Paracatu/MG, 2004 a 2006	56
Tabela 6	—	Distribuição dos resultados dos Exames Papanicolaou, realizados pelas mulheres de 25 a 59 anos, de acordo com as categorias: realizados apenas uma vez e mais de uma vez - Paracatu/MG, 2004 a 2006	57
Tabela 7	—	Distribuição dos resultados dos Exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos, que realizaram o exame mais de uma vez no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG	57
Tabela 8	—	Distribuição por faixa etária das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o Exame Papanicolaou mais de uma vez no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG	58
Tabela 9	—	Distribuição por faixa etária das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o Exame Papanicolaou - Paracatu/MG, 2004 a 2006	58
Tabela 10	—	Resultados dos Exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos - Paracatu/MG, 2004 a 2006	59

Tabela 11	—	Resultados dos Exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos de acordo com as alterações em células epiteliais - Paracatu/MG, 2004 a 2006	59
Tabela 12	—	Resultados dos Exames Papanicolaou, com alterações em células epiteliais, de acordo com as categorias: realizados apenas uma vez e mais de uma vez - Paracatu/MG, 2004 a 2006	60
Tabela 13	—	Distribuição dos resultados dos Exames Papanicolaou das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o exame apenas uma vez, de acordo com as alterações epiteliais, segundo mês/ano da coleta - Paracatu/MG, 2004 a 2006	60

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCUS -	Atipias celulares de significado indeterminado.
DATASUS -	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
HSIL -	Lesão escamosa intraepitelial de alto grau.
INCA -	Instituto Nacional do Câncer.
LSIL -	Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau.
MS -	Ministério da Saúde.
NIC -	Neoplasia Intraepitelial Cervical.
OMS -	Organização Mundial da Saúde.
PAISM -	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher.
PNCCCU -	Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino.
SISCOLO -	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero.
SIM -	Sistema de Informação sobre Mortalidade.
SUS -	Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
1 CONTEXTUALIZAÇÃO	19
1.1 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DE COLO UTERINO	19
1.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE, A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO.....	23
1.3 A SAÚDE DA MULHER E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO	27
1.4 O VIVA MULHER – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO	31
1.4.1 Condutas Clínicas e Recomendações frente ao Resultado do Exame Papanicolaou	34
1.5 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	38
1.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO (SISCOLO)	42
1.7 O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO UTERINO.....	44
2 OBJETIVOS	47
3 MATERIAL E MÉTODOS	48
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	48
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	48
3.3 FONTE DOS DADOS	50
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	51
3.5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO	51
4 RESULTADOS	53
5 DISCUSSÃO	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERENCIAS	72
APÊNDICES	86
ANEXOS	89

APRESENTAÇÃO

As Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher são temas que desde a Graduação despertaram em mim grande interesse.

Após a Graduação e com a vivência profissional na área da enfermagem, atuando na Atenção Básica e compondo uma Equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliam-se os conhecimentos adquiridos, possibilitando o confronto com a realidade em torno desta temática.

Durante o curso de Pós-Graduação *Lato sensu* em Saúde da Família, aprimorei meus conhecimentos sobre as ações de promoção, prevenção, proteção, tratamento e reabilitação da saúde. Nesta época, realizei um trabalho de conclusão do curso abordando as ações de controle do câncer do colo uterino, desenvolvidas pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) de Ibiá-MG de 1999 a 2002, município no qual atuava como enfermeira de uma das equipes.

Deste estudo, foi possível concluir que, além das atividades desenvolvidas, havia a necessidade de implementação de ações com vistas ao planejamento das atividades e ao controle local das coletas realizadas. Estes procedimentos contribuiriam para avaliação correta dos resultados e do programa, possibilitando aumentar a eficácia e efetividade das atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF do município no controle do câncer de colo uterino.

Atualmente, como aluna da Pós-Graduação *Stricto sensu* em Promoção de Saúde da Universidade de Franca-SP, despertou-me o interesse em desenvolver de um estudo abordando, novamente, as ações de controle do câncer de colo uterino, a partir dos conceitos recentemente apreendidos, junto às disciplinas ministradas e da constatação de que os índices de mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero em Paracatu-MG apresentavam-se acima dos encontrados no Brasil e em Minas Gerais, apesar das ações de controle desta neoplasia no município desde a década de 90.

Posso dizer que um dos fatores que contribuíram para a seleção do tema foram as minhas experiências e observações no período em que atuei como

Enfermeira da ESF, quando pude constatar que algumas mulheres realizavam a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino em períodos menores que o preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino (PNCCCU). Embora contrariando a norma, existia uma meta visando cumprir a Pactuação dos Indicadores da Atenção Básica, e assim estas coletas eram realizadas.

As lâminas provenientes destas coletas, contendo o material para realização do exame, juntamente com as suas fichas de requisição, com os dados de identificação das mulheres eram encaminhadas ao laboratório responsável pela leitura, pelo laudo dos exames e lançamentos destes no Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO).

Na busca dos dados sobre a cobertura da realização do exame citopatológico do colo uterino, da área de abrangência da equipe da ESF em que atuava, pude observar que os dados provenientes do SISCOLO forneciam apenas a informação referente ao número de exames realizados, sem especificar a quantidade de mulheres que realizam o exame.

Diante destas observações surgiram as seguintes inquietações: os dados provenientes do SISCOLO, enquanto instrumentos para o monitoramento e avaliação das ações de controle do câncer de colo uterino, poderiam ser aceitos como descritores de uma realidade? Qual seria a real cobertura da realização do exame citopatológico do colo uterino?

Buscando responder às inquietações acima explicitadas, o presente estudo pretende identificar através do levantamento das fichas de requisição do PNCCCU, a contribuição do SISCOLO na informação acerca da cobertura da realização do exame Papanicolaou e a quantidade de mulheres que realizaram o exame no período de 2004 a 2006 em Paracatu/MG, visando assim, contribuir para o melhor planejamento das ações de controle do câncer do colo uterino no município e, conseqüentemente, para redução das morbimortalidades associadas a esta causa.

INTRODUÇÃO

O câncer do colo uterino é uma patologia que registra alta mortalidade, atingindo mulheres em idade reprodutiva, impondo grande sofrimento pessoal, retirando-as precocemente do convívio familiar e causando elevado custo social.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, a partir de 2020, serão diagnosticados cerca de 15 milhões de novos casos de câncer por ano, sendo que 70% deles ocorrerão em países com poucos recursos para o controle da doença (BRASIL, 2001).

O câncer do colo do útero é responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano no mundo. Sua incidência destaca-se na faixa etária de 20 a 29 anos e o risco aumenta rapidamente até atingir seu pico na faixa etária de 45 a 49 anos (BRASIL, 2001; INCA, 2007).

Nos países menos desenvolvidos, comparados com os mais desenvolvidos, sua incidência é cerca de duas vezes maior e as pacientes diagnosticadas apresentam a doença em estágio relativamente avançado na primeira consulta, sendo que a sobrevida média é de 49%, após cinco anos. Já nos países desenvolvidos a sobrevida, após cinco anos, varia de 59% a 69%. Quanto mais precoce for o diagnóstico e a intervenção terapêutica, maior a chance de sobrevivência da mulher e menor o custo do tratamento (BRASIL, 2006a; INCA, 2007).

Trata-se de um problema de Saúde Pública prioritariamente nos países pouco desenvolvidos, estando associado às condições de vida precária, aos baixos índices de desenvolvimento humano, à ausência ou fragilidade das estratégias de educação comunitária (Promoção da Saúde) e à dificuldade de acesso a serviços públicos de saúde para o diagnóstico precoce e o tratamento das lesões precursoras (Prevenção da Doença) (INCA, 2006).

O câncer do colo uterino, se diagnosticado precocemente, pode ser tratado em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos, chegando à cura perto de 100% das ocorrências (BRASIL, 2001; 2002b; 2002d; INCA, 2002c).

As ações de detecção precoce podem ser oferecidas em qualquer nível de atenção à saúde. Mas por uma questão de custo-benefício e pela maior proximidade com a população, recomenda-se que estas se concentrem na atenção básica, primeiro nível de assistência nos sistemas de saúde, voltado para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e a reabilitação (PARADA et al., 2008).

A OMS afirma que um rastreamento, que apresente uma cobertura da população alvo em torno de 80%, através do exame Papanicolaou, realizado dentro dos padrões de qualidade, em uma rede organizada para o diagnóstico e seguimento adequados, possibilita a redução em média de 60% a 90% da incidência do câncer do colo uterino (WHO, 2002).

Segundo Thuler (2003, p. 232) [...] um impacto na taxa de incidência por câncer avançado poderá ser observado quatro anos após o início do programa de rastreamento, seguido por um impacto na taxa de mortalidade cerca de dois anos mais tarde [...].

A política pública de controle do câncer do colo uterino através da coleta de material para realização do exame citopatológico, como procedimento de rotina, foi introduzida no Brasil pelo Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), em 1984 (BRASIL, 1984).

Em 1996 o Ministério da Saúde (MS), através do INCA, desenvolveu um Projeto Piloto para o rastreamento do câncer do colo do útero, por meio da oferta do exame Papanicolaou às mulheres com idade acima de a 35 anos. Este projeto visava, sobretudo, otimizar recursos, considerando que o carcinoma invasivo do colo do útero é raro em mulheres com idades inferiores a 30 anos, garantindo diagnóstico, tratamento e seguimento adequados à população sob maior risco (INCA, 2002b).

Em 1998 foi instituído o Programa Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero (Viva Mulher – PNCCCU) elegendo como principal estratégia para detecção precoce do câncer do colo do útero em mulheres assintomáticas, a realização da coleta de material para exame citopatológico cervico-vaginal e microflora, conhecido popularmente como exame preventivo do colo do útero ou exame de Papanicolaou ou citologia oncótica. Foi recomendando que o exame deveria ser realizado a cada três anos em mulheres entre 25 e 59 anos

de idade, após dois exames anuais consecutivos com resultados normais (BRASIL, 2006a; INCA, 2002b).

O Viva Mulher - PNCCCU introduziu uma padronização nos procedimentos de coleta, na nomenclatura dos laudos citopatológicos e nas condutas a partir do diagnóstico, além da criação do SISCOLO, onde são registrados os dados dos exames realizados.

Através das informações armazenadas no SISCOLO é possível estimar a quantidade de exames realizados nos âmbitos municipal, estadual e nacional, se a população-alvo está sendo atingida e qual a prevalência das lesões precursoras entre as mulheres diagnosticadas. Também são armazenados dados sobre a qualidade da coleta de material em exames para os diagnósticos laboratoriais, além de apontar qual o percentual de mulheres que estão sendo tratadas após a realização do diagnóstico (INCA, 2005).

O SISCOLO é reconhecido como uma ferramenta importante para os profissionais de saúde e gestores avaliarem e planejarem as ações pertinentes ao bom desempenho do controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 1999b; 2006a; INCA, 2002b; 2005).

O Viva Mulher - PNCCCU foi implantado em Minas Gerais em 1999. Os dados referentes à cobertura da realização dos exames colpocitológicos gerados pelo SISCOLO estão disponíveis a partir de 2000 (TRAVASSOS; ANTONIAZZI, 2006; SES/MG, 2008).

Visando a estruturação dos sistemas e dos serviços de saúde, dentro dos princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, o governo do estado de Minas Gerais elaborou o Plano Diretor de Regionalização (PDR) 2003-2006, onde o estado foi dividido em 13 Macrorregiões e 75 Microrregiões. O município de Paracatu faz parte da Microrregião de Unai, que compõe a Macrorregião Noroeste (CES-MG, 2008).

Em Paracatu a assistência prestada pelo SUS é dividida em níveis de complexidade, sendo que na Atenção Básica 43% da população encontra-se assistida por 11 Equipes da ESF. O restante da população recebe atendimento em Unidades Básicas de Saúde. A nível de Média Complexidade a atenção está dividida em três Centros de Saúde. A Assistência Hospitalar é prestada por um hospital municipal e a Alta Complexidade é referenciada aos municípios de Patos de Minas, Unai, Uberlândia, Uberaba e Belo Horizonte, conforme pactuação prévia.

O município desenvolve ações de controle do câncer do colo uterino, através da coleta de material para exame citopatológico, desde a década de 90. No período de 2004 a 2006, esta ação foi realizada em 13 unidades de saúde.

De acordo com os dados do Viva Mulher - PNCCCU de Minas Gerais, a média da cobertura da realização do exame Papanicolaou pelas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, no período de 2000 a 2006 em Paracatu, foi de 68,26%. Com variação de 64,33% em 2000 para 69,83% em 2006 (SES/MG, 2008).

Dados fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e divulgados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), referentes à mortalidade por neoplasia maligna do colo do útero por 100.000 mulheres, em Paracatu, revelam um aumento no período de 2000 a 2006, passando de 5,4% para 7,2% (BRASIL, 2009).

Considerando o aumento da cobertura através do exame citopatológico, no período de 2000 a 2006, e a efetividade do referido exame em reduzir as taxas de morbimortalidade associadas ao câncer de colo uterino, ficou evidente a realização de um estudo visando compreender o desempenho do PNCCCU e a realização do exame Papanicolaou em Paracatu, objetivando assim, contribuir com informações para subsidiar as políticas municipais de promoção da saúde das mulheres, prevenção e controle desta neoplasia.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 HISTÓRIA NATURAL DO CÂNCER DE COLO UTERINO

O colo ou cérvix é a porção inferior do útero e se localiza dentro da cavidade vaginal. Apresenta uma parte interna, o canal cervical ou endocérvix, revestido por uma camada única de células cilíndricas, o epitélio colunar simples e uma externa, chamada de ectocérvix, revestida por várias camadas de células planas denominadas epitélio escamoso e estratificado. Entre esses dois epitélios encontra-se a junção escamocolunar (JEC). Considerando sua condição anatômica, apresenta variações fisiológicas definidas, desde o período fetal até a senilidade (HALBE, 1993; GOMPEL; KOSS, 1997; INCA, 2002c; MENDES; SILVEIRA; PAREDES, 2004; SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

Ectrópio ou ectopia corresponde à eversão do epitélio colunar sobre a ectocérvix, quando o colo uterino cresce rapidamente e aumenta sob a influência do estrógeno, depois da menarca e durante a gravidez (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004, p. 1).

A metaplasia escamosa do colo uterino indica a substituição fisiológica do epitélio colunar revertido na ectocérvix por um epitélio escamoso recém-formado de células subcolunares de reserva, que pode desenvolver-se mais em duas direções (Figura 1).

Na grande maioria das mulheres, este se converte em um epitélio escamoso metaplásico maduro, semelhante ao epitélio escamoso normal; em um grupo pequeno, pode-se desenvolver um epitélio atípico displásico, que sob a infecção persistente de certos tipos de papilomavírus humano (HPV) oncogênico pode transformá-las em células atípicas com anormalidades nucleares e citoplasmáticas (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

A proliferação e a expansão descontrolada dessas células atípicas podem levar à formação de um epitélio displásico anormal, que pode regredir ao normal,

persistir como displasia ou progredir para neoplasia, depois de vários anos (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004, p. 10).

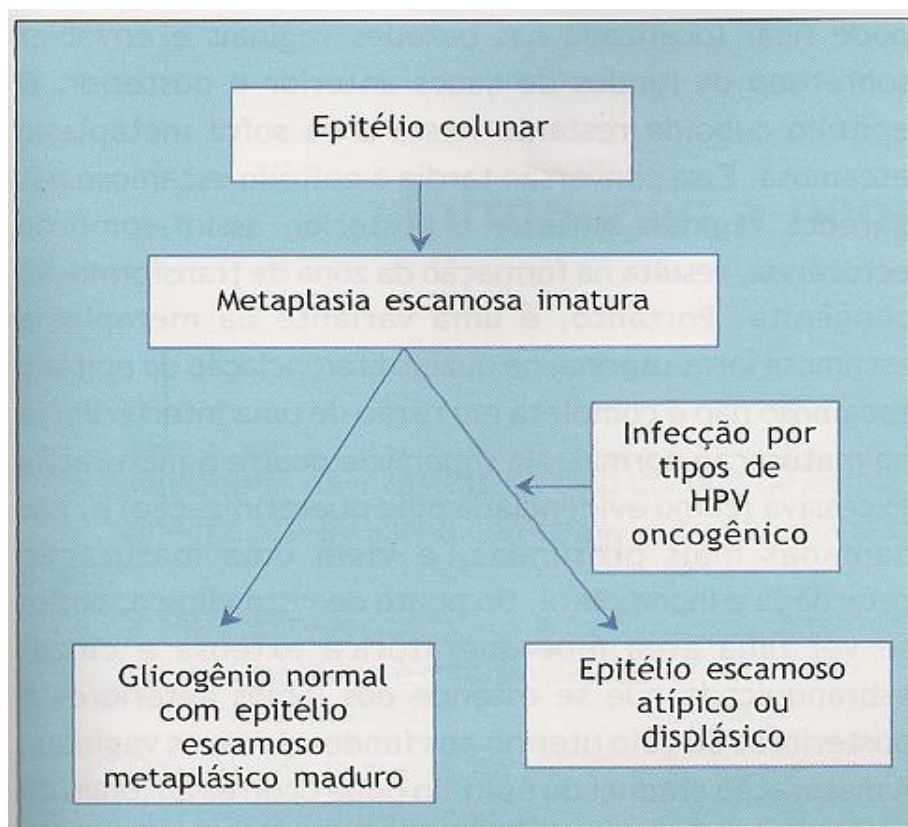


Figura 1 – Diagrama esquemático do avanço da maturação da metaplasia escamosa imatura.

Fonte: SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004, p. 11.

O câncer cérvico-uterino é uma afecção progressiva que se inicia a partir de uma lesão pré-invasiva, com alterações neoplásicas intra-epiteliais antes de atingir o estágio invasor da doença (HALBE, 1993; SELLORS; SANKARANA RAYANAN, 2004; BRASIL, 2006a; INCA, 2002c; 2006; BEZERRA, 2007).

São vários os sistemas de classificação destas alterações neoplásicas, sendo todos derivados do descrito por George Papanicolaou, na década de 40 (INCA, 2006).

Em 1943, Papanicolaou demonstrou que o diagnóstico do câncer em sua fase inicial poderia ser realizado através dos caracteres morfológicos anormais das células esfoliadas do epitélio cervical uterino e propôs uma classificação dos esfregaços em cinco classes: Classe I – Ausência de células atípicas ou anormais;

Classe II – Citologia atípica sem evidência de malignidade; Classe III – Citologia sugerindo, sem certeza, malignidade; Classe IV – Citologia muito suspeita de malignidade; Classe V – Citologia concluindo pela malignidade (GOMPEL; KOSS, 1997).

Em 1953, Reagan e colaboradores introduziram a classificação das displasias, referente às alterações do epitélio de revestimento do colo uterino, para diferenciar as várias fases de precursores do carcinoma cervical e do carcinoma *in situ* completamente desenvolvido. A diferenciação foi realizada de acordo com a sua malignidade, onde as alterações nucleares e citoplasmáticas foram subdivididas em: displasia leve – quando se restringem às camadas superficiais; displasia moderada ou de grau intermediário – com envolvimento de mais da metade da espessura total do epitélio; displasia grave – quando quase toda espessura do epitélio está comprometida por células atípicas (NARDOZZA et al., 1993).

Na década de 70, os estágios foram reclassificados por Ralph Richart, que introduziu o termo neoplasia intraepitelial (NIC) para as lesões cervicais precursoras do câncer do colo do útero, classificando-as em três graus: Neoplasia Intraepitelial Cervical grau I ou NIC I (correspondendo a displasia leve); Neoplasia Intraepitelial Cervical grau II ou NIC II (correspondendo a displasia moderada) e Neoplasia Intraepitelial Cervical grau III ou NIC III (correspondendo a displasia grave ou carcinoma *in situ*) (GOMPEL; KOSS, 1997; HOLOWATY et al., 1999; HORTA, 2001).

A classificação citológica atual do esfregaço cervical é a do Sistema de Bethesda, Maryland, Estados Unidos de 2001. Essa classificação incorporou vários conceitos e conhecimentos adquiridos, acrescentando a categoria de atípias celulares de significado indeterminado (ASCUS) para as células escamosas anormais que não podem ser classificadas como pré-malignas ou malignas. Denominou de lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL), as alterações devido à infecção HPV e as compatíveis com NIC I, e agrupou o NIC II e NIC III na categoria de lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL). Recomenda também, classificar como dentro dos limites da normalidade os esfregaços com achados inflamatórios (ANDRADE; MARANA, 2001; HORTA, 2001; INCA, 2006).

As alterações neoplásicas intra-epiteliais são lesões proliferativas com maturação celular anormal e atípicas de graus variáveis que substituem partes ou toda espessura do epitélio escamoso cervical (Figura 2).

Quando ocorre nas camadas mais basais do epitélio (1/3 proximal da membrana) denomina-se Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau I - NIC I – Baixo Grau; se avança 2/3 proximais da membrana trata-se de uma Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau II - NIC II – Alto Grau e na Neoplasia Intraepitelial Cervical Grau III - NIC III – Alto Grau, o desarranjo é observado em todas as camadas, sem romper a membrana basal (BRASIL, 2006a).

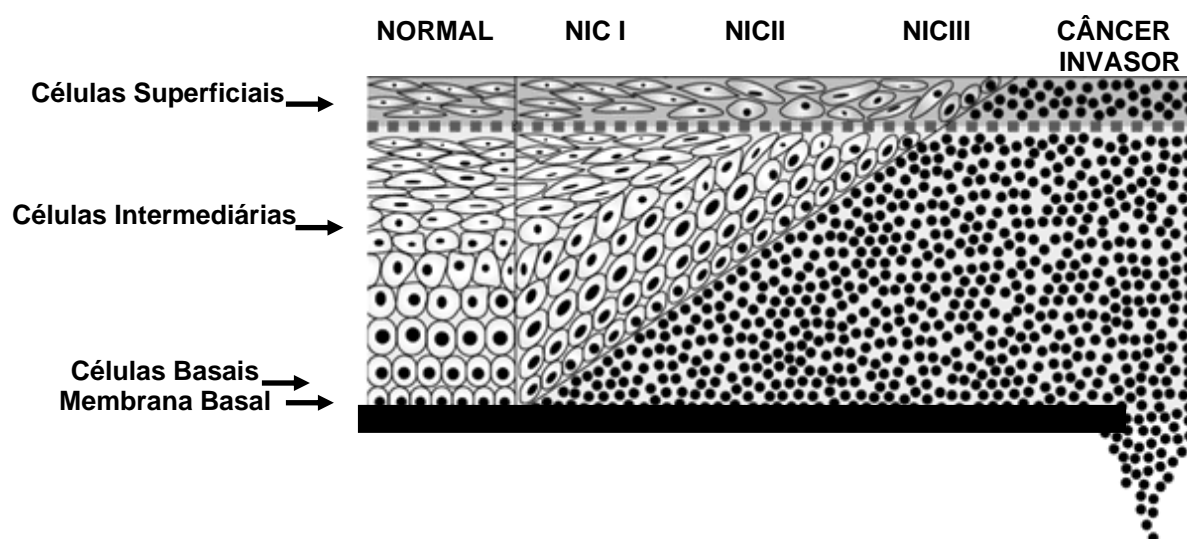


Figura 2 – Progressão do epitélio normal a câncer invasor.
Fonte: OMS, 2007.

Vários estudos demonstraram que grandes porcentagens das lesões de baixo grau podem sofrer regressão espontânea. Já nas classificadas como de alto grau a chance é de progressão.

Em uma meta-análise sobre a história natural das lesões intraepiteliais, onde foram analisados 15 estudos, totalizando 27.929 mulheres com citologias cervicais que apresentavam atipias escamosas ou atipias celulares mais severas, e que haviam sido acompanhadas por, no mínimo, 6 meses, antes do início do tratamento, com citologias seqüenciais ou estudo histológico. Estimaram-se os percentuais em 24 meses de regressão espontânea; progressão para displasia de alto grau e progressão para carcinoma invasor, nas mulheres cuja citologia inicial apresentava ASCUS, LSIL, e HSIL. Os resultados demonstraram que todos apresentaram regressão para normalidade, nas seguintes proporções ASCUS

68,2%; LSIL 47,4% e HSIL 35%. Quanto à progressão para HSIL e Carcinoma Invasor, estas foram respectivamente de 7,2% e 0,25% nas ASCUS; 20,8% e 0,15 nas LSIL e 23,4% e 1,44% nas HSIL (MELNIKOW, et al.,1998).

De acordo com Andrade e Marana (2001), dentro da vasta literatura publicada sobre a evolução das alterações neoplásicas, destacam-se algumas conclusões importantes, e dentre elas a afirmação de que a probabilidade de uma lesão pré-neoplásica tornar-se invasora aumenta com a severidade da atipia. A progressão até a invasão nem sempre ocorre e mesmo lesões com alto grau de atipia podem regredir.

As alterações neoplásicas intra-epiteliais, na maioria dos casos, se dão de forma lenta, podendo evoluir para um processo invasivo em um período que varia de aproximadamente 10 a 20 anos. Como possuem fases pré-clínicas detectáveis, sua cadeia epidemiológica é passível de ser interrompida mediante diagnóstico precoce, possibilitando a interrupção do seu curso e o tratamento oportuno, modificando efetivamente as taxas de incidência de câncer invasor e mortalidade (BRASIL, 2006a; BRITO; NERY; TORRES, 2007; HALBE, 1993; MENDES; SILVEIRA; PAREDES, 2004; OMS, 2007; RAMA, 2008).

1.2 A PROMOÇÃO DA SAÚDE, A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS E O CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

A Carta de Ottawa, resultante da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, define o conceito de Promoção da Saúde como o processo que visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (BUSS, 2003).

A partir da Carta de Ottawa, a Promoção da Saúde incorpora como método cinco grandes campos de ação: Elaboração e Implementação de Políticas Públicas Saudáveis; Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde; Reforço da Ação Comunitária; Desenvolvimento de Habilidades Pessoais e a Reorientação dos Sistemas e Serviços de Saúde (BRASIL, 2002a).

Segundo Carvalho (2004) a democratização dos espaços sociais, pré-requisito para uma efetiva Promoção de Saúde, somente poderá acontecer se estiver baseada no empoderamento (tradução de *empowerment*), estratégia da promoção da saúde que implica em acumulação de saber e de poder pela população e pressupõe a democratização da informação e a ampliação da autonomia do sujeito.

Para o desenvolvimento das habilidades pessoais e empoderamento, tem-se como instrumento a educação em saúde, que tem como objetivo capacitar as pessoas para que aprendam durante toda a vida, permitindo uma interação de saberes, reflexões e expectativas e preparando-as para as diversas fases da existência, que inclui o enfrentamento das enfermidades crônicas e das causas externas que afetam a saúde (BUSS, 2003).

Lefevre e Lefevre (2007) destacam que é necessário entender a proposta educativa na Promoção de Saúde, não como conducente, mas como fomentadora de autonomia, onde as pessoas não devem e não querem ser educadas, mas ao contrário, com a ajuda através do diálogo, troca de experiências e informações técnicas querem conduzir suas vidas.

No Brasil, a partir de 1998, o Ministério da Saúde iniciou a construção da Política Nacional da Promoção da Saúde, visando garantir maior institucionalização e fortalecimento da estratégia, superar a dicotomia entre as atividades clínicas e de promoção da saúde e ainda evitar a superposição entre ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Na prática cotidiana, com frequência é difícil distinguir entre uma e outra dimensão; ao mesmo tempo, esta demarcação é crucial para a reorientação do modelo de atenção no país (ARANTES et al., 2008).

Segundo Ferreira (1986, p.1391 e 1401) prevenir tem o significado de “preparar”; “chegar antes”; “dispor de maneira que evite (dano, mal)”; e promover significa “dar impulso a”; “fomentar”; “gerar”.

A prevenção da doença se define como intervenções que têm como base o conhecimento epidemiológico e visam desenvolver estratégias para o controle das doenças infecto-contagiosas, a diminuição dos riscos de doenças degenerativas e a minimização de danos à saúde (ARANTES et al., 2008).

Já a Promoção da Saúde é mais abrangente, pois se refere a medidas que "não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais" (LEAVELL; CLARK, 1976, p. 19).

A prevenção abrange um conjunto de ações que permite a detecção precoce da doença e seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida, aumentando a sobrevivência e diminuindo a mortalidade. A detecção precoce do câncer do colo uterino inclui o rastreamento (*screening*) e diagnóstico precoce (BRASIL, 2006a; INCA, 2002b; 2002c).

O rastreamento prevê ações organizadas que envolvem o uso de testes simples aplicados a determinados grupos populacionais, com a finalidade de identificar lesões pré-cancerígenas ou cancerígenas, em estágio inicial, em indivíduos com doença assintomática. Deve oferecer pouco risco ou desconforto, ter custo acessível e relação custo efetividade, garantir tratamento disponível que melhore a evolução das lesões, não causando mais efeitos adversos do que benefícios (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004; BRASIL, 2006a).

O diagnóstico precoce inclui ações de detecção em fases iniciais a partir de sintomas e/ou sinais clínicos (BRASIL, 2006a; INCA, 2002b; 2002c).

Para Czeresnia (2003) a principal diferença entre prevenção e promoção está no próprio conceito de saúde, onde a prevenção é vista como ausência de doenças, enquanto na promoção é encarada como um conceito positivo e multidimensional resultando, desta maneira, em um modelo participativo de saúde.

A promoção da saúde e a prevenção das doenças são estratégias que se aplicam nas ações de controle do câncer do colo uterino.

As ações de Promoção da Saúde no controle do câncer do colo uterino devem se pautar na educação em saúde e no empoderamento, incentivando e estimulando as mulheres a adotarem cuidados com a saúde e estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2006a; INCA, 2002b; 2002c).

De acordo com Simnett (1997, p. 16 apud ASSIS, 2004) a educação em saúde é uma faceta essencial da promoção da saúde. Tem como objetivo, garantir que as pessoas sejam bem informadas sobre questões de saúde, tenham habilidade para fazer escolhas sobre sua saúde e estilos de vida, capacitando-as para implementarem ações, desenvolverem comportamentos para perseguirem suas escolhas e, ainda, aumentarem a consciência da necessidade de mudanças

políticas dentro das organizações, incluindo governos, e para mudanças ambientais conducentes à saúde.

As ações de educação em saúde, como parte da promoção da saúde, são de alta relevância e devem estar pautadas nos fatores de risco, nas barreiras identificadas quanto a não realização do exame do colo uterino associadas às mulheres e na organização dos serviços de saúde.

Segundo Barbosa (2003, p. 666) fator de risco refere-se a toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fator indesejado, sem que o dito fator tenha de intervir necessariamente em sua causalidade.

De acordo com INCA (2002c) são considerados fatores de risco para o câncer do colo do útero, a multiplicidade de parceiros e a história de infecções sexualmente transmitidas; a idade precoce na primeira relação sexual e a multiparidade. Estudos epidemiológicos sugerem outros, cujo papel ainda não é conclusivo, tais como tabagismo, alimentação pobre em alguns micronutrientes, principalmente vitamina C, beta caroteno e folato, e o uso de anticoncepcionais. A persistência da infecção pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) em altas cargas virais representa o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença, sendo essencial, mas não suficiente para a evolução do câncer. Além da tipagem e da carga viral do HPV, adquire importância a associação com outros fatores de risco que atuam como cofatores, tais como a paridade elevada, o início precoce da atividade sexual e o número de parceiros sexuais. A análise da associação, entre o uso de contraceptivos orais e o risco de câncer invasivo do colo do útero é feita com dificuldades. Os contraceptivos orais são usados por mulheres sexualmente ativas e que, em menor probabilidade, usam métodos de barreira, sendo por isto mais expostas ao risco de contrair HPV. Em situações de imunossupressão, tais como no tabagismo, corticoterapia, Diabetes, Lupus e AIDS, a incidência do câncer do colo do útero está aumentada, o que também ocorre em situações onde há ingestão deficiente de vitamina A e C, beta-caroteno e ácido fólico, comumente associadas com baixas condições socioeconômicas.

Segundo o INCA (2002a) estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras, quanto a não realização do exame do colo uterino, destacam que as principais causas estariam relacionadas às questões ligadas a valores e a cultura como falta de conhecimento sobre o próprio corpo, vergonha, medo de doer, religião, baixa escolaridade, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo, medo "do resultado do exame ser positivo", fatores estes que levam

muitas mulheres, que chegam a fazer o exame, a não retornarem para ter acesso ao resultado.

As barreiras identificadas, relacionadas à organização dos serviços de saúde, são a baixa prioridade por parte do profissional de saúde no atendimento integral às mulheres; ausência de sensibilização do profissional e da Unidade de Saúde para a rotina dos exames; ausência de encaminhamento adequado das mulheres; falta de privacidade durante os exames; insuficiência de recursos para absorção da população-alvo; falta de humanização no atendimento; falhas na coleta, fixação, identificação e classificação da anormalidade presente no esfregaço citopatológico; condução da investigação diagnóstica e tratamento da anormalidade inadequados e falta de organização da rede de serviços para absorver as mulheres que necessitam de exames complementares ou tratamento (BRASIL, 2002d).

Considerando a importância e a relação de dependência entre ações de promoção da saúde e prevenção no controle do câncer do colo uterino é importante caminhar na busca da superação das iniquidades sociais e de saúde, através da reorientação dos sistemas e serviços de saúde, do desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias, condições estas fundamentais para o controle do câncer do colo uterino.

1.3 A SAÚDE DA MULHER E A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO

A assistência à saúde da mulher no Brasil, nas décadas de 30 a 70, era restrita aos programas materno-infantis, sendo limitada a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando as mulheres desassistidas, na maior parte de suas vidas (BRASIL, 2007d).

Nesse contexto foi elaborado, em 1983, o PAISM, a partir da convergência das propostas oriundas dos movimentos feminista e sanitário brasileiro, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde, baseado no conceito de "Atenção integral à saúde das mulheres" (OSIS, 1998; LAGO, 2004; BRASIL, 2007; DUAVY, 2007).

Segundo o PAISM, a atenção à saúde da mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica, pautada em ações educativas, preventivas, de diagnóstico,

tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional (BRASIL, 1984).

Em 1984, o MS inicia, oficialmente, a implantação do PAISM. No entanto, a implementação efetiva deste programa em todo território nacional ocorreu de forma heterogênea, acompanhando os diferentes graus de organização e capacidade instalada dos serviços públicos estaduais e municipais, e muitas vezes, traduzindo a falta de compromisso dos gestores em entender a lógica da integralidade da saúde da mulher (OSIS, 1998; LAGO, 2004; DUAVY, 2007).

A principal contribuição deste programa foi introduzir, na atenção básica, ações de assistência à saúde da mulher, obedecendo à estratégia de prevenção primária, com a correção de alguns fatores de risco, por exemplo, o acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade. Como ação de prevenção secundária, iniciou-se a coleta de material para o exame Papanicolaou como procedimento de rotina da consulta ginecológica (OSIS, 1998; ELUF-NETO, 2000; LAGO, 2004; BRITO; NERY; TORRES, 2007).

No entanto, a taxa de mortalidade por câncer cérvico uterino apresentava uma ligeira elevação desde o início dos anos 80. O número anual de citologias registradas no SUS crescia timidamente, e uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (IBOPE), em parceria com o INCA, em 1994, identificou que aproximadamente 36% das mulheres brasileiras, na faixa etária de 35 a 49 anos, nunca tinham realizado o exame de Papanicolaou, sendo este percentual ainda maior nas regiões norte, nordeste e centro-oeste (LAGO, 2004).

Frente a esta situação o MS, através do INCA, em 1996, desenvolveu um Projeto Piloto para rastreamento do câncer do colo do útero, por meio da oferta do exame Papanicolaou, que tinha por objetivo reduzir a incidência e a mortalidade deste câncer na mulher brasileira, priorizando as de maior risco, garantindo diagnóstico, tratamento e seguimento adequado. O Projeto foi implantado em 1997, nas seguintes localidades brasileiras: Curitiba (PR), Recife (PE), Distrito Federal (Taguatinga, Ceilândia e Samambaia), Rio de Janeiro (RJ), na Zona Oeste da cidade, (nos bairros de Campo Grande, Bangu e Santa Cruz), Belém (PA) e no Estado de Sergipe (BRASIL, 2002c; INCA, 2002b;).

A avaliação quantitativa do Projeto Piloto mostra que nos 18 meses foram atendidas 124.440 mulheres, na faixa etária dos 35 a 49 anos. Destas, 5,7% realizaram o exame pela primeira vez na vida. No total dos exames realizados 3,7% apresentaram algum tipo de alteração destas, 79,8% eram referentes a lesões de baixo grau e 20,2% de lesões de alto grau e câncer (INCA, 2002b).

Na avaliação qualitativa foram descritos como ganhos em relação ao Projeto Piloto, a realização de pesquisas qualitativas, usando a técnica de grupos focais, permitindo a detecção de que as ações de comunicação com a mulher e o profissional de saúde estivessem embasadas no conhecimento de formas e mecanismos de sensibilização destes grupos alvo; a padronização nos procedimentos; a implantação de um sistema informatizado; a parceria com instituições universitárias e do terceiro setor na compreensão da estratégia de comunicação com a mulher e profissional de saúde e a incorporação da técnica “ver e tratar”, pelas quais mulheres com lesões pré-cancerosas ou de câncer muito inicial passaram a ser tratadas em ambulatório, por meio de um procedimento simples, chamado de cirurgia de alta frequência. Foi possível identificar, também, as seguintes necessidades: ampliação das ações de comunicação social, incorporando a mídia eletrônica; adoção de mecanismos de financiamento de procedimentos ambulatoriais para consolidação da estratégia nacional; adequação do aplicativo de informática para melhor gerenciamento das informações; envolvimento mais amplo do terceiro setor no planejamento, implementação e execução das ações e incorporação do monitoramento externo da qualidade do exame Papanicolaou (INCA, 2002b).

Com base na experiência adquirida com o programa piloto, em 1998, mediante a Portaria Ministerial n. 3.040, de 21 de junho, foi instituído o Programa Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino (PNCCCU) sob responsabilidade da Secretaria de Políticas de Saúde, introduzindo uma padronização nos procedimentos de coleta, na nomenclatura dos laudos citopatológicos, condutas a partir do diagnóstico e financiamento, além da criação do SISCOLO (BRASIL, 2001; INCA, 2002b).

Neste mesmo ano, sob a coordenação da Secretaria de Políticas de Saúde do MS, em parceria com associações de classe, terceiro setor, organizações governamentais e instituições privadas, aconteceu o lançamento da Primeira Fase de Intensificação do PNCCCU, viabilizada por meio de uma campanha, realizada no

período de agosto a setembro, em todo território nacional, através da realização do exame Papanicolaou prioritariamente dirigido a todas às mulheres, na faixa etária de 35 a 49 anos de idade, que nunca haviam realizado o exame. A avaliação desta fase mostrou a participação de 97,9% dos municípios brasileiros, de todos os Estados e, de acordo com o SISCOLO, foram cadastrados 2.150.751 exames citopatológicos, sendo possível identificar que 38,6% das mulheres realizaram o exame pela primeira vez na vida; 3,1% dos exames apresentaram algum tipo de alteração; 3,4% das amostras foram classificadas como insatisfatórias e houve perda de seguimento em 22,7% das mulheres (INCA, 2002b).

Em janeiro de 1999 a coordenação do PNCCCU foi transferida ao INCA, então agente diretivo das políticas de controle do câncer no país, que o rebatizou como Programa Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (Viva Mulher - PNCCCU) (INCA, 2002c).

No período de 2000 a 2001 aconteceu a institucionalização do programa em todos os estados. Profissionais foram capacitados para o gerenciamento do programa, treinados para coleta de amostras para o exame citopatológico, médicos foram capacitados em cirurgia de alta frequência, citotécnicos foram reciclados no laboratório de citopatologia do INCA e, também, aconteceu o treinamento de profissionais para operar o SISCOLO, permitindo o gerenciamento e a interface entre as secretarias e destas com a coordenação nacional do programa (BRASIL, 2001; INCA, 2002b; LAGO, 2004).

Novos aparelhos para cirurgia de alta frequência foram adquiridos e transferidos a estados e municípios a fim de ampliar os pólos de tratamento ambulatorial. Ampliou-se, também, o escopo do Viva Mulher - PNCCCU que passou a incluir o controle do câncer de mama (BRASIL, 2001; INCA 2002b).

No ano de 2002, nos meses de março e abril, aconteceu a Segunda Fase de Intensificação das ações de controle do câncer de colo do útero, através de uma segunda campanha nacional, tendo como público alvo mulheres na faixa etária de 35 e 49 anos, que nunca haviam realizado o exame de Papanicolaou na vida ou que o realizaram há três anos ou mais. Seu objetivo era intensificar o processo de cobertura da realização do exame pela população feminina, captando, preferencialmente, a mulher na faixa etária com maior risco para apresentar lesões precursoras do câncer do colo do útero, visando diagnosticar e tratar adequadamente as lesões precursoras. Estimou-se atingir 2.511.581 mulheres na

faixa etária priorizada, sendo que os resultados indicaram a participação de 92,25% dos municípios e a realização de um total 3.856.650 exames, destes 84,9% foram referentes ao público alvo (INCA, 2002b).

Segundo Martins, Thuler e Valente (2005) houve tendência de aumento temporal no percentual de mulheres brasileiras submetidas a pelo menos um exame citopatológico cérvico vaginal na vida, onde dois estudos realizados nos anos 80 apontaram cobertura de 53,1% e 68,9%. Já um inquérito domiciliar realizado entre os anos de 2002 e 2003 apresentou valores que variaram de 73,4% a 92,9%.

Dois estudos de base populacional realizados no Brasil, no ano de 2003, apresentaram cobertura de exame citopatológico cérvico vaginal (nos três anos anteriores) de 66% em mulheres com idade de 18 a 69 anos e 68,7% em mulheres na faixa etária de 25 anos ou mais (SZWARCOWALD, 2004; BRASIL, 2005b).

Embora os estudos realizados tenham apontado para o aumento da cobertura da realização do exame citopatológico cérvico vaginal pelas mulheres em nosso país, este ainda não foi suficiente para reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero em muitas regiões (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005; INCA, 2006).

1.4 O PROGRAMA VIVA MULHER – PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO

O Viva Mulher – PNCCCU tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desse câncer, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras e do tratamento e reabilitação das mulheres (INCA, 2002c).

Em 1988, o MS por meio do INCA, realizou uma reunião de consenso, com a participação de diversos especialistas internacionais, representantes das sociedades científicas e das diversas instâncias ministeriais e definiu que, no Brasil, o rastreamento do câncer do colo útero seria feito a partir da realização do exame Papanicolaou por apresentar alta eficácia para o diagnóstico precoce, ser seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo (INCA, 2002d).

A coleta do material para a realização do exame Papanicolaou normalmente não é dolorosa, mas um desconforto variável pode acontecer, de acordo com a sensibilidade individual de cada paciente.

De acordo com o MS, algumas fases antecedem a coleta: organização do material, do ambiente e capacitação da equipe de saúde; preenchimento dos dados nos formulários para requisição de exame citopatológico do colo do útero e preparação da lâmina (BRASIL, 2006a).

Destaca-se a importância do correto preenchimento do formulário de requisição do exame citopatológico do colo do útero (Anexo A), uma vez que a falta ou dados incompletos poderão comprometer integralmente o rastreamento do câncer do colo do útero (BRASIL, 2002d; 2006a; INCA 2002c).

A técnica de coleta de material para o exame Papanicolaou consiste na introdução do espécúlo no canal vaginal para visualização do colo. Posteriormente, procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa e interna do colo utilizando-se uma espátula de madeira e uma escovinha endocervical. A amostra deve conter material da porção externa, ectocérvice e da interna, endocérvice. O material recolhido deverá ser disposto sobre a lâmina, atentando-se para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular, sendo imediatamente fixado, por imersão em álcool ou com spray. O passo seguinte para a prevenção do câncer do colo do útero é o processamento do exame no laboratório, seguido pela etapa do tratamento (BRASIL, 2006a; 2002d; INCA 2002c).

Em relação à faixa etária, o exame deve ser realizado em mulheres de 25 a 59 anos, ou que já tivessem tido atividade sexual mesmo antes desta faixa de idade, uma vez por ano e, após 2 exames anuais consecutivos negativos, a cada 3 anos (INCA, 2002d).

Tais recomendações apóiam-se na observação da história natural do câncer do colo do útero, onde na maioria dos casos, a evolução se dá de forma lenta, passando por fases pré-clínicas detectáveis e curáveis, conforme figura 3.

Seu pico de incidência situa-se entre mulheres de 40 a 60 anos de idade, e apenas uma pequena porcentagem, naquelas com menos de 30 anos (BRASIL, 2002b; 2002d; 2006a; INCA, 2002c; 2002d).

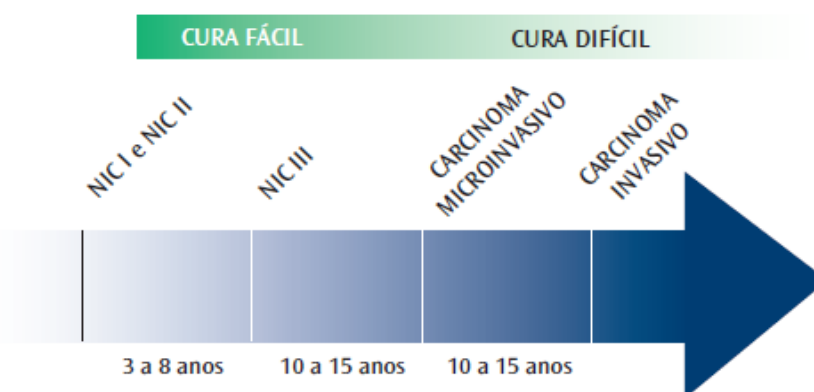


Figura 3 - Seqüência típica de eventos na história natural do câncer do colo do útero.

Fonte: BRASIL, 2006a, p. 59.

As afirmações dos grupos de trabalho da Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer corroboram com as condutas do PNCCCU do Brasil quando descrevem que programas organizados não devem incluir mulheres com idades inferiores a 25 anos, justificando haver uma vantagem mínima na inclusão destas nos programas de rastreamento. Argumentam ainda que esta inclusão levaria a um aumento na quantidade de exames realizados e tratamento de inúmeras lesões precursoras, das quais muitas, provavelmente, sofrerão processo de regressão, além de causar ansiedade excessiva entre as mulheres afetadas e pouco efeito sobre a morbidade por câncer de colo do útero. Após os 25 anos a incidência aumenta até atingir um pico aos 35-40 anos em populações de incidência moderada ou cerca de 10 anos mais tarde, em populações de alta incidência. Após os 60 anos ou mais, pode ocorrer declínio na incidência. Portanto, em relação às mulheres que aos 65 anos tiverem pelo menos dois resultados de exames citopatológicos negativos nos últimos dez anos em um programa de rastreamento organizado, estas poderão deixar de ser rastreadas (IARC, 1986; 2004).

Andrade e Marana (2001) reafirmam que a natureza menos grave das lesões cervicais e o maior potencial para regressão nas mulheres jovens explicam por que o câncer invasor é incomum antes dos 25 anos. E, quando se pensa em termos de mortalidade, pode-se aceitar a idéia de que o rastreamento em mulheres na faixa etária inferior a esta, não deve ter impacto sobre a mesma, mas pode colaborar para uma sobrecarga no programa.

Ainda de acordo com o IARC (1986) após um estudo envolvendo programas de rastreamento desenvolvido em oito países, visando avaliar os riscos de câncer cervical associado a diferentes políticas de controle desta neoplasia, sendo que a maioria dos dados foram de programas de rastreamento organizados, descreveram que relativa proteção foi maior em mulheres que tiveram dois ou mais resultados negativos de exames citopatológicos, do que naquelas que tinham tido apenas um exame negativo, especialmente nos primeiros cinco anos após o último teste. Destaca-se, também, pouca diferença na proteção conferida pela triagem a cada ano em relação a cada três anos, e a realização do exame só uma vez a cada cinco ou dez anos também oferecia proteção sensivelmente menor. Concluindo, assim, que os programas de rastreamento devem ser dirigidos principalmente às mulheres na idade entre 35-60, mas devem começar alguns anos antes da idade de 35, e os intervalos entre os exames devem ser de três anos ou menos.

De acordo Van Oortmarssen et al. (1992 apud INCA, 2002d), em estudo avaliando o efeito protetor do rastreamento para câncer do colo do útero após um exame negativo, em mulheres de 35 a 64 anos, concluiu que a incidência cumulativa de câncer invasor foi reduzida de 64% quando o intervalo entre as coletas de citologia foi de 10 anos, de 84% com intervalo de 5 anos, de 91% com 3 anos e 93% com um ano.

Segundo a OMS, após um resultado negativo, a realização trienal do exame é tão eficiente quanto a anual, no que diz respeito à redução das taxas de incidência por este câncer (INCA, 2002d).

1.4.1 Condutas clínicas e recomendações frente ao resultado do exame Papanicolaou

O exame citológico do colo uterino também é descrito como importante no diagnóstico das lesões inflamatórias do trato genital, permitindo avaliar a intensidade dessas lesões e em alguns casos determinar o agente causal (GOMPEL; KOSS, 1997; TAVARES et al., 2007).

Para Gompel e Koss, (1997, p. 61) inflamação é o conjunto de fenômenos de reação a qualquer agressão tissular, seja bacteriana, viral, micótica,

parasitária, pós-traumática, química ou física. Estas lesões são identificadas pela migração de leucócitos, macrófagos e plasmócitos para o local da inflamação, pela modificação da estrutura dos epitélios, por alterações morfológicas específicas ou não, a determinado agente e eventual identificação do fator causal.

O conteúdo vaginal fisiológico contém o produto da secreção das glândulas vestibulares e endocervicais, além da transudação da mucosa vaginal, podendo sofrer alterações em decorrência de influências hormonais, estímulo sexual, vestuário, alimentação e de fatores psicoemocionais (BRASIL, 2006a; 2006b).

A flora vaginal microbiana normal é dominada pelos lactobacilos. A cultura microbiana revela a presença de outros microrganismos aeróbicos, anaeróbicos e facultativos que são saprófitas, mas podem se tornar patogênicos (GOMPEL; KOSS, 1997, p. 47).

As vulvovaginites se caracterizam por manifestações inflamatórias e/ou infecciosas do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice) e representam cerca de 70% das queixas em consultas ginecológicas. O quadro clínico é variável de acordo com a etiologia, podendo apresentar corrimento vaginal, prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar e sensação de desconforto pélvico. Esses sinais e sintomas são inespecíficos e muitas infecções podem ser assintomáticas (BRASIL, 2006a; 2006b).

Podem ser causadas por agentes infecciosos endógenos (ex: vaginose bacteriana e candidíase), sexualmente transmitidos (tricomoníase), ou por fatores físicos (traumas), químicos (uso de lubrificantes e de absorventes internos e externos), hormonais (hiper e hipoestrogenismo), anatômicos e orgânicos (imunodepressão secundária à doença sistêmica, ou outras imunodepressões) (GOMPEL; KOSS, 1997; BRASIL, 2006b).

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento de bactérias, (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides sp*, *Mobiluncus sp*, *micoplasmas*, *peptoestreptococos*). Apresenta corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes bolhoso, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Não se trata de infecção de transmissão exclusivamente sexual; apenas pode ser desencadeada pela relação sexual em mulheres predispostas, ao terem contato com sêmen de pH elevado (TORTORA, 2005; BRASIL, 2006a; 2006b).

A *Candida albicans* é um fungo comensal frequentemente encontrado na vulva e vagina e mais raramente no colo uterino. É responsável por cerca de 80% a 90% dos casos de candidíase, porém, faz parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas (GOMPEL; KOSS, 1997; TORTORA, 2005; BRASIL, 2006b).

A candidíase também não se trata de infecção de transmissão exclusivamente sexual, e apenas pode ser desencadeada quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento, sendo seus fatores predisponentes: gravidez; diabetes mellitus (descompensado); obesidade; uso de contraceptivos orais de altas dosagens; uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores; hábitos de higiene e vestuário inadequados; contato com substâncias alérgicas e/ou irritantes; alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive, a infecção pelo HIV e fatores psicoemocionais relacionados ao estresse (TORTORA, 2005; BRASIL, 2006a; 2006b).

Seus sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado, podendo se apresentar isolados ou associados, incluindo prurido vulvovaginal; ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”); hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva; dispareunia; fissuras e maceração da pele e vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa (BRASIL, 2006b).

A tricomoníase é uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), comumente encontrado trato genital feminino inferior e ao nível da uretra do homem. É transmissível por via sexual. Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Quando se manifesta pode passar por fases de remissão espontânea. Em 25% dos casos os corrimentos vaginais são abundantes, amarelados ou amarelos esverdeados, bolhosos e mal cheirosos (GOMPEL; KOSS, 1997; TORTORA, 2005; BRASIL, 2006b).

No exame das mucosas vaginal e cervical evidencia-se um pontilhado hemorrágico característico (vagina e colo em morango) ao teste de Schiller apresentando um aspecto “tigróide”. A infecção pode atingir o trato urinário inferior e acompanhar-se de disúria e/ou polaciúria, prurido e/ou irritação vulvar e dor pélvica, ocasionalmente (BRASIL, 2006a; 2006b).

No que tange às condutas clínicas, de acordo com INCA (2006), os achados microbiológicos, na presença de sintomatologia, devem receber tratamento específico.

As demais condutas frente aos resultados do exame citopatológicos estão dispostas no fluxograma da figura 4.

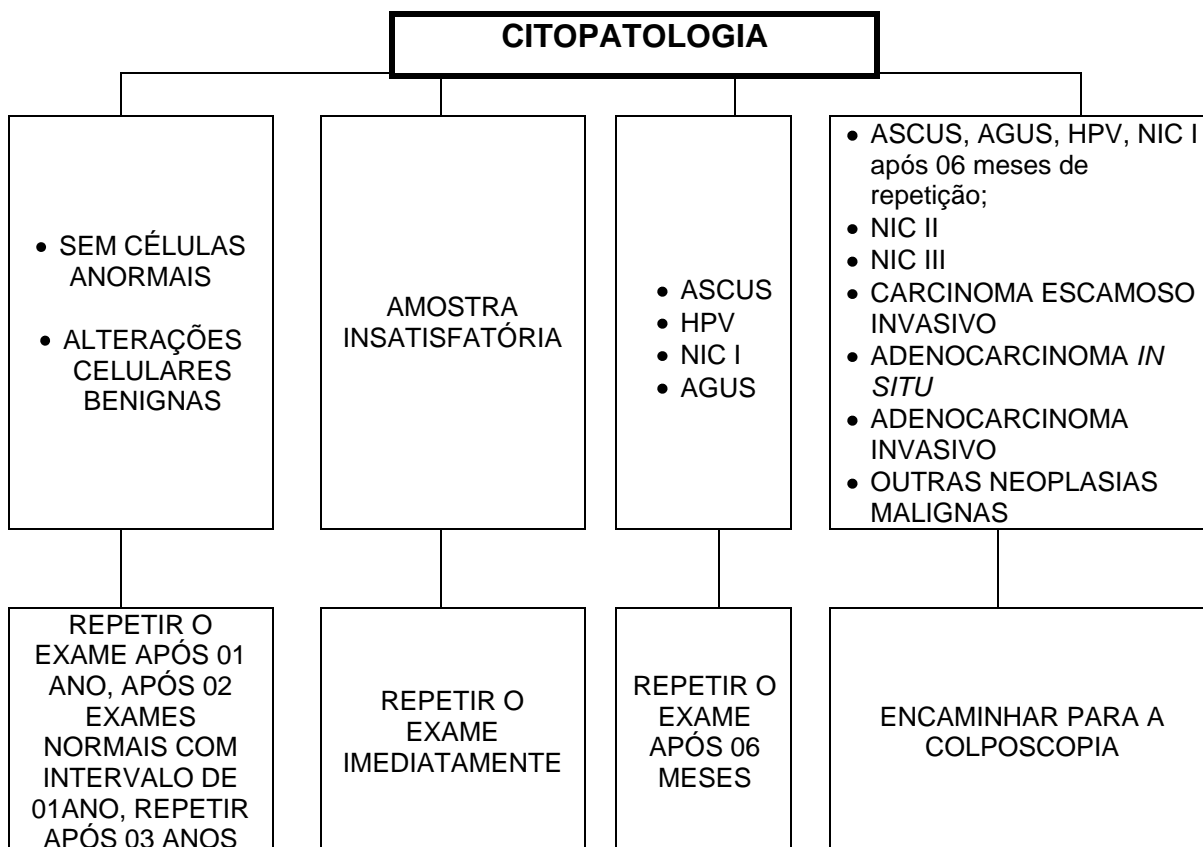


Figura 4 – Fluxograma de condutas clínicas frente ao resultado do exame citopatológico.

Fonte: INCA , 2002c.

Segundo Andrade e Marana (2001) o resultado do exame citopatológico não deve ser encarado como método diagnóstico, mas apenas como forma de selecionar pacientes com risco de apresentarem lesões pré-neoplásicas e invasoras as quais devem ser submetidas a processos de vigilância ou a outros exames subsidiários.

A importância do seguimento das mulheres examinadas é ressaltada por vários autores, que consideram essa ação como elemento fundamental para avaliação da efetividade das ações de controle do câncer do colo do útero (BRASIL, 2006a, p. 85).

De acordo com Ferreira (1986, p. 1562) o seguimento pode ser definido como "ato ou efeito de seguir..." e seguir é "ir atrás de; acompanhar; observar a evolução; [...] continuar; prosseguir...".

Segundo as recomendações do Viva Mulher - PNCCCU, para este seguimento é de extrema importância ter um instrumento de acompanhamento, padronizado na unidade de coleta do material para realização do exame, cujo preenchimento é da responsabilidade do profissional de Saúde responsável pelo atendimento (INCA, 2006a).

E, sugere alguns instrumentos, sendo estes: Instrumento de Acompanhamento do SISCOLO: módulo de seguimento, ficha de acompanhamento do resultado do exame citopatológico; ficha de contra-arquivo; relação com outros sistemas de informações, para os casos de diagnósticos que geram procedimentos contemplados, por exemplo, na APAC-ONCO – Autorização de Procedimento de Alta Complexidade da Oncologia, o SIM que também é um instrumento complementar para avaliação nos casos em que o óbito é o desfecho, esses podem ser instrumentos complementares para análise e, o “Livro Preto”, livro de registro de identificação da mulher e do exame, que permitirá, a todo o momento, localizar as mulheres, assim como, saber os resultados dos exames citopatológicos realizados na unidade de coleta do material para realização do exame (BRASIL, 2006a).

1.5 A ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A declaração de Alma-Ata consagrou a Atenção Primária à Saúde como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo, o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção, constituindo-se no primeiro nível de contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde (OMS, 1979).

Para Starfield (2002) a Atenção Primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo a porta de entrada direcionada para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

No Brasil, o MS tem considerado a Atenção Primária sinônimo de Atenção Básica. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, esta se

caracteriza por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, buscando resolver a maioria dos problemas de saúde da população. A atenção básica deve ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, orientando-se pelos princípios e diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade, com ênfase na participação popular e na estruturação da rede de serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada) e elegendo a Estratégia Saúde da Família como prioritária para sua organização (BRASIL, 2006c).

Transcorridas duas décadas da institucionalização do SUS, sua implantação e implementação evoluíram muito. Ao longo de sua história foram formulados instrumentos, portarias e normas para operacionalização da diretriz de descentralização das ações e dos serviços, organização da gestão descentralizada e reorganização do modelo de atenção à saúde no país (CONASS, 2007).

A descentralização tem por objetivo propiciar maior participação e autonomia dos municípios nos assuntos da saúde (BRASIL, 2007a).

O processo de descentralização da saúde no Brasil envolveu não apenas a transferência de serviços, mas também, de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Destaca-se, em 1998, a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) recurso financeiro per capita fixado pelo MS considerando a população de cada município e do Distrito Federal, publicado em portaria específica destinado à viabilização de ações de Atenção Básica à Saúde, agora sob a responsabilidade dos municípios (BRASIL, 1999a; 2003a; CONASS, 2007).

A implantação do PAB, portanto, buscou transformar a lógica do financiamento, dissociando a produção do faturamento, pois antes os municípios recebiam por serviços previamente prestados e tal mudança visava impulsionar o funcionamento da atenção básica à saúde, tornando-a mais eficiente, uma vez que o modelo de pós-pagamento incentivava o aumento crescente de procedimentos e um superfaturamento dos serviços prestados, onde procedimentos mais caros predominavam sobre os mais simples, atuando como um desestímulo à adoção de

ações preventivas e de promoção à saúde. Portanto, tal medida visa a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS (BODSTEIN, 2002; BRASIL, 2003a).

Neste contexto, também em 1998, foi publicado o Manual para Organização da Atenção Básica, que além de seu arcabouço jurídico, demarcou a importância da Atenção Básica para a organização dos sistemas de saúde, ampliando as responsabilidades, ações e objetivos a serem alcançados pelos estados e municípios e delegando a responsabilidade pela sua implementação à gestão municipal (BRASIL, 1999a).

Objetivando orientar o processo de avaliação e monitoramento da Atenção Básica, foi concebido o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. Este é um instrumento formal, instituído por portarias e negociado anualmente entre os gestores das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), no sentido de estabelecer metas para a cobertura e efetividade das ações de atenção básica em âmbito local, com base no comportamento dos indicadores de saúde e cumprimento das metas previamente acordadas. É, portanto um instrumento de planejamento que permite o acompanhamento das responsabilidades mínimas atribuídas aos estados e municípios (BRASIL, 2000; 2003a; 2003c; MEDINA, 2002).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica, de 1999 a 2003, período em que foi implementado nacionalmente, apresentou alterações, tanto em relação à sua forma de condução, quanto aos indicadores selecionados para avaliação (MEDINA, 2002; BRASIL, 2003c).

Em 1999, o elenco de indicadores perfazia um total de 41 (onde 24 eram destinados para todos os municípios e 17 específicos para as áreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF)); em 2000, estes foram reduzidos para 30 (14 para todos os municípios e 16 específicos para as áreas do PACS e PSF) e em 2001 foram pactuados no total 17 indicadores para os municípios. Os indicadores estaduais, em geral, reproduziam a relação de indicadores municipais, à exceção do ano de 2001 que apresentou dois indicadores exclusivos para os estados, acrescidos aos 17 que eram comuns a municípios e estados.

Para o ano de 2002, foi definida uma relação de 25 indicadores principais, pactuados por todos os estados e municípios, e uma relação de 22 indicadores complementares, de pactuação não obrigatória. No período de 2003 a 2005, o conjunto permaneceu sem alterações, sendo então composto de 34

indicadores a serem pactuados por estados e municípios, conforme Anexo A (BRASIL, 2003c).

Segundo Medina; Aquino e Carvalho (2000) o processo de pactuação foi implementado de forma bastante diversa, destacando a existência de dois tipos: o burocrático e o dinamizador. O primeiro normativo, conduzido de maneira pontual, fragmentado, sem uma efetiva articulação entre os setores estratégicos das secretarias, sem visibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS e sem um efetivo monitoramento pelos gestores. E, o segundo desenvolvido mediante um processo que aglutina experiência e prática, construído pelas três instâncias de gestão, integrado ao processo de trabalho, buscando fortalecer a implementação do processo de municipalização, promovendo a qualificação da gestão, utilizado para monitorar e avaliar ações e serviços de saúde, com visibilidade e credibilidade perante as instâncias de deliberação e pactuação do SUS.

Destaca-se ainda que a adesão dos municípios e estados à pactuação de metas e indicadores era motivada, preferencialmente, pelo recebimento de recursos financeiros, sem definição de mecanismos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas (GUERREIRO, 2008).

Em 2006, após um amplo debate solidário desenvolvido durante três anos com os representantes do SUS, considerando a forma burocrática e excessivamente normatizada em que ocorreu a descentralização, construiu-se de forma conjunta negociada e co-responsável o Pacto pela Saúde 2006. Este debate contou com a participação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e com as instâncias de pactuação entre gestores (Comissões Bipartites e Tripartite) (BRASIL, 2007a).

O Pacto pela Saúde tem como objetivo estabelecer novas estratégias na gestão, planejamento e financiamento do sistema, visando à consolidação do SUS. É formado por três pactos: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2007a).

O Pacto pela Vida estabelece compromissos para atingir metas sanitárias, baseadas na definição de prioridades que impactem positivamente na qualidade da vida e saúde da população. O Pacto em Defesa do SUS, estabelece compromissos políticos envolvendo o governo e a sociedade, visando consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária, de acordo com o que foi inscrito na Constituição Federal e, o Pacto de Gestão define responsabilidades sanitárias de

cada gestor nas três esferas de governo para a gestão do SUS, relativos a gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria, participação e controle social (BRASIL, 2007a; 2007b).

O Pacto pela Saúde representa, sem dúvida, um avanço na política de pactuação e na condução da gestão do SUS, principalmente no aspecto da divisão da responsabilização sanitária entre os entes federados. Porém, tem-se a expectativa de que tais avanços, isoladamente, não garantam a adesão dos gestores, a execução das metas, o alcance dos indicadores pactuados e, muito menos, o uso do pacto de maneira dinamizadora, sendo necessário o envolvimento dos gestores, dos técnicos, da população e das instâncias representativas do SUS, no sentido de garantir mecanismos reais de cooperação técnica e financeira entre estas instâncias que possam, efetivamente, favorecer a execução das ações e o controle social (GUERREIRO, 2008).

Dentre as metas pactuadas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica e no Pacto pela Vida, referentes à saúde da mulher, destacaremos o controle do câncer de colo do útero que para sua análise utiliza dados provenientes do SISCOLO (BRASIL, 2003b; 2005; 2006c; INCA, 2006).

1.6 SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO (SISCOLO)

O MS define sistema como o “conjunto integrado de partes que se articulam para uma finalidade comum” (BRASIL, 2005c).

Informação é o “produto obtido a partir de uma determinada combinação e interpretação de dados. Possibilita o conhecimento, a avaliação e o juízo sobre determinada situação” (FERREIRA, 2001, p. 93).

Sistema de Informação é definido como “um instrumento para o processo de tomada de decisões”, devendo “ser concebido, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimentos e como descritor de uma realidade” (FERREIRA, 2001, p. 92).

Na atenção à saúde, as informações são ferramentas imprescindíveis para a formulação de planos e de programas, podendo gerar políticas específicas, contribuindo no apoio aos processos de gestão, sendo essenciais para a operacionalização e o fortalecimento do SUS, na perspectiva da avaliação, monitoramento e planejamento das ações (MOTA; CARVALHO, 2003; VÉRAS et al., 2007).

O Brasil possui Sistemas de Informação em Saúde desde a década de 70. Com o advento do SUS, em 1990 a Lei n. 8.080, no Capítulo IV – Da Competência e das Atribuições, na Seção I, Artigo 15, Inciso IV, estabelece que “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão em seu âmbito administrativo a organização e coordenação do sistema de informação de saúde”. Na Seção II - Das Disposições Finais e Transitórias, no artigo 47, estabelece a obrigatoriedade da implantação, pelo Ministério da Saúde, no prazo de dois anos, de um Sistema Nacional de Informações em Saúde (ROUQUAYROL; FILHO, 2003; CES/MG, 2008, p.15).

Em 1991 foi então criado o DATASUS como um departamento da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 1998, o DATASUS passou a ser administrado diretamente pelo MS. Nestes anos foram desenvolvidos vários sistemas aplicativos com o objetivo de solucionar problemas oriundos da necessidade de informação em saúde, dentre estes destacaremos o SISCOLO (BRASIL, 2002b).

O SISCOLO foi concebido tecnicamente pelo Dr. Nelson Cardoso de Almeida, então Coordenador Técnico do Programa Viva Mulher e elaborado pelo DATASUS em 1998. Sendo instituído pela Portaria/SAS/MS n. 408, de 30 de julho de 1999, e sua utilização foi anunciada como condição necessária para o pagamento dos laboratórios (BRASIL, 1999b; LAGO, 2004).

O INCA descreve como papel do SISCOLO no programa de controle do câncer do colo do útero, o monitoramento da evolução e o desfecho do mesmo. Deste modo permite uma avaliação quantitativa e qualitativa dos dados, sendo possível obter as informações referentes aos exames realizados, assim como, a frequência das lesões pré-cancerosas e do câncer invasivo, além da qualidade das coletas e da leitura das lâminas. O SISCOLO é uma ferramenta fundamental para a conferência dos valores de exames pagos em relação aos dados dos exames apresentados (INCA, 2005).

O SISCOLO é composto por dois módulos operacionais, o Módulo Laboratório que registra, no próprio laboratório, os dados referentes aos procedimentos de citopatologia (através da Ficha de Requisição de Exame Citopatológico – Colo do Útero do Viva Mulher – PNCCCU - Anexo B), histopatologia e monitoramento externo da qualidade, e o Módulo Coordenação que registra as informações de seguimento das mulheres que apresentam resultados de exames com alterações (SES/BH/MG, 2008; BRASIL, 2002b; 2006a).

O SISCOLO é uma importante ferramenta para o gestor na avaliação e planejamento das ações a serem realizadas, tais como identificação de serviços ou áreas mais necessitadas de capacitação, de áreas com problemas de acompanhamento e encaminhamento das mulheres, de problemas de qualidade de coleta e processamento das lâminas (BRASIL, 2008b; 2008c).

1.7 O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO UTERINO

O planejamento das ações de intervenção e controle do câncer do colo uterino se dá, prioritariamente, no plano técnico, pelo diagnóstico precoce das lesões precursoras (rastreamento) e se orienta pela distribuição dessas lesões, seguindo a faixa etária mais acometida e a periodicidade dos exames colpocitológicos, considerando a epidemiologia do risco e a relação custo-benefício/efetividade que norteiam as intervenções em Saúde Pública (PINHO; FRANCA-JUNIOR, 2003; BEZERRA, 2007).

O monitoramento e avaliação dos programas de prevenção do câncer de colo uterino são essenciais para a eficácia e eficiência do planejamento e organização dos serviços de saúde (BRADLEY et al., 2005).

“O monitoramento em saúde pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou área específica” (TOMIMATSU, 2006, p. 2).

A avaliação é conceituada como “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos” (OMS, 2000).

“O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informações sobre objetivos, metas e resultados alcançados” (TOMIMATSU, 2006, p. 2).

Os indicadores e as informações de saúde têm sido descritos como ferramentas essenciais para formulação das políticas de saúde, que para enfrentamento dos problemas de saúde, necessita de uma base de informações confiável, que sustente e direcione a tomada de decisão (TOMIMATSU, 2006; VÉRAS et al., 2007; SOUZA, 2008).

Indicador de saúde é uma representação, numérica ou não, utilizada para mensurar as atividades realizadas, ou o grau de risco de um evento ou agravo à saúde, e considerando referências e critérios, permite produzir informações visando à elaboração de um conhecimento e, a partir desse, tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado (CARVALHO; EDUARDO, 1998; FERREIRA, 2001).

No Brasil o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica constitui-se no instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção, instituído por portarias.

De acordo com as Portarias Ministeriais n. 2394/GM de 19 de dezembro de 2003; n. 21/GM de 5 de janeiro de 2005 e n. 493 de 13 de março de 2006, referentes às pactuações dos anos de 2004, 2005 e 2006, o indicador utilizado para mensurar as ações de controle do câncer do colo uterino, reflete em forma de razão, o número de exames cêrvico-vaginais realizados em mulheres de 25 a 59 anos dividido pela população feminina da mesma faixa etária, em determinado local e período, estabelecendo que para seu cálculo seja utilizado no “Numerador” dados do SISCOLO e no “Denominador” dados da Base demográfica do IBGE, conforme formula abaixo, (BRASIL, 2003; 2005a; 2006d):

$$\frac{\text{Número de exames citopatológicos cervicovaginais em mulheres entre 25 e 59 anos em determinado local e período}}{\text{Número total de mulheres de 25 a 59 anos no mesmo local e período}}$$

Quadro 1 - Fórmula de cálculo

Fonte: BRASIL, 2003b; 2005a; 2006d.

Este indicador objetiva avaliar, de forma direta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (educação para a saúde, captação e diagnóstico precoce) do câncer de colo de útero, sendo utilizado para identificar a cobertura desta ação nos grupos de risco da população feminina, orientar a adoção de medidas de controle e subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da mulher desse grupo etário (BRASIL, 2003b; 2005a; 2006d).

Mesmo indicando o SISCOLO como fonte de informação para análise deste indicador, as portarias descrevem os dados provenientes deste sistema de informação como sendo um dos limitadores desta análise, pois não identificam o número de mulheres que realizaram o exame e, sim, a quantidade de exames realizados em determinado local e período (BRASIL, 2003; 2005a; 2006d).

Entendendo a importância das informações que subsidiam o monitoramento e a avaliação das ações que visam a redução do câncer de colo uterino, e considerando que no município de Paracatu/MG nos anos de 2000 a 2006, a cobertura através realização do exame citopatológico com base no SISCOLO apresentou ascensão, enquanto o índice de mortalidade pela neoplasia maligna do colo do útero demonstrou um aumento significativo, a realização deste estudo pretende levantar a quantidade de mulheres que realizaram o exame Papanicolaou, visando identificar se há distorções entre o número de mulheres examinadas e o número de exames realizados, buscando assim contribuir para a organização do serviço de assistência à saúde da mulher e redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer cérvico-uterino.

2 OBJETIVOS

- Identificar nas fichas de requisição o exame citopatológico do colo uterino de Paracatu/MG, no período de 2004 a 2006, a quantidade de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos que realizou o referido exame;
- Comparar a cobertura da realização do exame citopatológico do colo do útero pelas mulheres e os dados referentes à quantidade de exames realizados registrados no SISCOLO;
- Identificar no total de exames realizados nas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, no período em estudo, a quantidade das que foram submetidas ao exame mais de uma vez;
- Descrever os resultados dos exames citopatológicos do colo uterino das mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, no período em estudo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, tendo como fonte de dados as Fichas de Requisição do Exame Citopatológico do Viva Mulher – PNCCCU do SUS do município de Paracatu/MG, referentes ao período de 2004 a 2006.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido em Paracatu (MG), município de médio porte, com população estimada em 84.412 habitantes em 2006, situada na região sudeste do Brasil e a noroeste do estado de Minas Gerais (IBGE, 2006).

Paracatu faz divisa ao Norte com: o Município de Unaí (MG) a 100 km; a Leste com os Municípios de João Pinheiro (MG) a 100 Km e, Lagoa Grande (MG) a 85 Km; ao Sul com os Municípios de Vazante (MG) a 110 km e Guarda-Mor (MG) a 79 km e, a Oeste com o Município de Cristalina (GO) a 100 km. Possui duas principais vias de acesso, que são a Rodovia BR 040 e a Rodovia MG 188. Dista 482 km de Belo Horizonte, Capital do Estado de Minas Gerais e 220 Km de Brasília-DF, Capital Federal. Paracatu conta hoje com uma agricultura altamente tecnificada, implantada em larga escala, uma exploração mineral das mais modernas do mundo, convivendo com uma exploração agrícola rudimentar de subsistência e uma pecuária extensiva (PARACATU, 2005).

A densidade demográfica de Paracatu dobrou comparado-se o ano de 1970 (4,47 hab/km²) em relação ao ano de 2000 (9,14 hab/km²). Segundo estimativas do IBGE, a densidade demográfica do município para o ano de 2004 atingiu 9,91 habitantes por Km². Entretanto, ao comparar a densidade demográfica do município com a densidade demográfica brasileira e do estado de Minas Gerais,

verifica-se que o município possui uma baixa densidade demográfica (PARACATU, 2005).

Até a década de 1970, mais da metade da população do município de Paracatu residia na zona rural, diferentemente do Estado de Minas e Brasil que possuíam mais da metade de sua população localizada na cidade. Nas décadas posteriores ocorre uma brusca mudança da população paracatuense, com os indivíduos migrando do campo para a cidade. No censo realizado no ano de 2000, o percentual da população municipal localizada na zona urbana atingiu a casa dos 83%, superando o percentual da população Brasileira e Mineira (PARACATU, 2005; 2009).

Esta transição permitiu uma expressiva elevação na taxa média de crescimento anual da população urbana no município de Paracatu, em detrimento da população rural.

O município, entre os anos de 1970 e 2000, apresentou uma taxa média de 2,4% de crescimento total tendo como referência a sua população ao ano, situando-se acima da taxa média de crescimento nacional e do estado de Minas Gerais. A população urbana do município cresceu em média 4,4% ao ano, apresentando-se acima da taxa média de crescimento brasileiro e mineiro. Sua população rural decresceu em 1,5% em média, durante o período. Contudo, entre os anos de 1996 a 2000, a tendência foi contida, em parte pela realização de programas de reforma agrária que deslocaram parte da população da cidade para o campo (PARACATU, 2005).

No que se refere à população residente no município de Paracatu, por grupos de idade, identifica-se que a população de 0 a 19 anos vem perdendo participação em termos percentuais sobre a população total, no período entre os anos de 1970 a 2000.

Em 1970, as pessoas acima de 0 a 19 anos representavam 57,5% da população total, já no ano 2000 esta mesma parcela da população compunha 44,6% da população total. A população acima dos 20 anos vem crescendo em termos percentuais em relação à população total no período. Em 1970, a população acima dos 20 anos englobava 42,5% da população total, enquanto que no ano de 2000 este percentual aumentou para 56,4% da população total. Os idosos (acima dos 60 anos) que em 1970 compunham 4,6% da população total passam a representar 5,6%, em 2000, ou seja, um crescimento de aproximadamente 22%. Esta situação

demonstra duas tendências: queda na taxa de natalidade do município, nas últimas décadas e, uma elevação na expectativa de vida sinalizando que futuramente o município terá uma população em média mais velha (PARACATU, 2009).

Em relação à mortalidade até 1 ano de idade, por 1000 nascidos vivos, constata-se que houve uma queda de 30,65% neste indicador, no período 1991 a 2000 e a esperança de vida ao nascer (anos) apresentou elevação de 8,77%, e taxa de fecundidade com redução de 23,68% de filhos por mulher (PARACATU, 2005; 2009).

A renda per capita média do município cresceu 37,76%, passando de R\$ 161,90 em 1991, para 223,04, em 2000. A pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000) diminuiu 26,80%, passando de 47,4% em 1991 para 34,7% em 2000 (PARACATU, 2009).

No período 1991-2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Paracatu cresceu 11,76%, passando de 0,680, em 1991, para 0,760 em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Longevidade, com 39,6%, seguida pela Educação com 38,3% e pela Renda, 22,1%. Neste período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDH do município e o limite máximo do IDH, ou seja, 1-IDH) foi reduzido em 25,0% (PARACATU, 2005; 2009).

De acordo com dados divulgados pelo DATASUS a estimativa da população residente em Paracatu, no ano de 2009, para o sexo feminino, é de 49,4% da população total. Destas 64,7% são mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) (BRASIL, 2008a).

3.3 FONTE DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada nas Fichas de Requisição do Exame Citopatológico do Viva Mulher - PNCCCU do SUS do município de Paracatu/MG, de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, conforme indicador pactuado de cobertura do exame citopatológico do colo uterino, que realizaram coleta para o referido exame nos anos de 2004 a 2006.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todas as etapas do estudo foram fundamentadas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, incorporando, sobre a óptica dos indivíduos e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça, visando também, assegurar os deveres e direitos que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A autorização para a coleta de dados foi concedida pelo Gestor Municipal do SUS, representante legal dos sujeitos, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e Declaração de Autorização para coleta de dados (Anexo C).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Franca (Anexo D).

3.5 DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

A opção por delimitar o período referente aos anos de 2004 a 2006 partiu da observação da meta estabelecida pelo PNCCCU do estado de Minas Gerais, referente à realização do exame Papanicolaou que preconiza a cobertura de 27% da realização do referido exame pelas mulheres de 25 a 59 anos de idade a cada ano, partindo-se da premissa que, se cada mulher realizar um exame a cada três anos, no final desse período a cobertura será de 81% desta população ($27 \times 3 = 81$), o que equivale ao percentual de usuárias do SUS no Estado (TRAVASSOS; ANTONIAZZI, 2006).

Visando atingir os objetivos propostos para o estudo foi realizada uma visita a uma unidade de saúde do município, para identificar qual instrumento de acompanhamento era utilizado para seguimento das mulheres que realizavam a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino. No momento fomos informadas de que se tratavam de livros de registro.

O MS sugere que devem constar do livro de registro os seguintes dados: nome da mulher, com apelido quando houver; idade; endereço completo e ponto de referência; nome da mãe; número do telefone quando possível; data da coleta do material para o exame; resultado do exame; data agendada para retorno; e encaminhamento a Unidade de Referência, se necessário (BRASIL, 2006a).

Porém, ao chegar às demais unidades de saúde, esta não foi a realidade encontrada. Os profissionais de algumas unidades não sabiam informar sobre os livros dos anos anteriores. Em outras as informações de identificação e endereço propostas pelo MS e necessárias a este estudo estavam incompletas, o que fez com que fosse realizada a busca direta dos dados nas Fichas de Requisição do Exame, que são preenchidas no ato da coleta e encaminhadas ao laboratório junto ao material coletado para o exame.

O laboratório que realiza os exames citopatológicos do colo do útero das usuárias do SUS, de Paracatu, localiza-se no município de João Pinheiro. Inicialmente, foi realizada uma visita ao laboratório onde após esclarecimento sobre o estudo e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) e Declaração de Autorização para coleta de dados (Anexo C), assinados pelo Gestor Municipal do SUS, foi solicitada a autorização para acesso as fichas de requisição dos exames.

As fichas encontravam-se em um depósito, em caixas, divididas por ano de coleta, porém misturadas com as demais fichas de outros municípios que também foram analisadas pelo laboratório.

Após ter recebido autorização para ter acesso às fichas, foram realizadas cinco viagens a João Pinheiro onde, durante 40 horas, foi realizada a separação das 9.590 fichas referentes aos exames realizados pelas usuárias dos SUS de Paracatu, no período de 2004 a 2006.

Após a separação, as fichas foram levadas para Paracatu, onde as variáveis: nome da paciente, nome da mãe, idade, mês e ano da coleta do material e o resultado do exame citopatológico foram digitadas em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2003.

Ao término da digitação e limpeza do banco de dados, estes foram analisados suas razões e proporções, dispostos em tabelas, discutidos e posteriormente foi realizada a conclusão do estudo.

4 RESULTADOS

4.1 IDENTIFICAÇÃO DA QUANTIDADE DE MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS QUE REALIZARAM O EXAME PAPANICOLAOU

Para a análise dos resultados obtidos no levantamento realizado nas fichas de requisição dos exames do PNCCCU, de Paracatu, foram utilizados os dados provenientes dos relatórios do SISCOLO divulgados pelo Viva Mulher - PNCCCU de Minas Gerais, descritos na tabela 1 (SES-MG, 2007).

Tabela 1 – Quantidade de Exames Citopatológicos do Colo uterino realizados em Paracatu/MG de acordo com os relatórios do SISCOLO - 2004 a 2006

Ano	População		Exames Realizados	Cobertura
	Feminina Total	Faixa Etária 25 a 59 anos		
2004	40.316	16.076	2.602	0,16
2005	41.014	16.354	3.855	0,23
2006	41.706	16.630	3.084	0,18

Fonte: SISCOLO/Programa Viva Mulher/MG/Relatórios, 2007

A cobertura da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres de Paracatu, na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, no período em estudo, foi analisada, a partir dos dados da tabela 1, onde foram considerados os dados da população feminina total do ano de 2006 e a quantidade desta, na faixa etária de 25 a 59 anos.

Os exames realizados no período de 2004 a 2006 (Tabela 1) foram somados, perfazendo um total de 9.541, conferindo um total de 57,37% exames citopatológico do colo uterino realizados pelas mulheres de 25 a 59 anos de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 - Quantidade de Exames Citopatológicos do Colo Uterino realizados no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG

População Feminina em 2006		Exames Realizados Faixa Etária 25 a 59 anos		Cobertura
Total	Faixa Etária 25 a 59 anos	Total	%	
41.706	16.630	9.541	57,37	0,57

Fonte: SISCOLO/Programa Viva Mulher/MG/Relatórios, 2007

De acordo com levantamento realizado nas Fichas de Requisição do Exame Citopatológico do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero do município de Paracatu/MG, referentes ao período de 2004 a 2006, foram encontrados 9.590 exames, conferindo um total de 57,66% exames realizados e uma cobertura de 0,57 da realização do exame pelas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos (Tabela 3).

A diferença entre a quantidade de exames realizados no período em estudo, informado pelo SISCOLO e divulgados pelo Viva Mulher - PNCCCU de Minas Gerais (Tabela 2), e o levantado nas Fichas de Requisição do Exame (Tabela 3), justifica-se pelas seguintes observações: as lâminas contendo o material coletado e as fichas de requisição são encaminhadas semanalmente ao laboratório para análise, pois este encontra-se no município de João Pinheiro, a 100 Km de Paracatu; o laboratório realiza a análise de outros exames, além das lâminas de outros municípios; no laboratório os exames são digitados no sistema após a análise e conclusão do laudo. Tais observações levam a conclusão que podem ser lançados no SISCOLO resultados de exames que foram coletados em um mês e analisados no mês subsequente, já no levantamento realizado pela pesquisadora as fichas foram digitadas de acordo com o mês/ano da coleta.

Concluindo, a diferença encontrada e descrita nas tabelas 2 e 3 em relação a quantidade de exames realizados pelas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, provavelmente foi lançada no SISCOLO no mês de janeiro de 2007.

Tabela 3 - Quantidade de exames Papanicolaou, realizados pelas mulheres de 25 a 59 anos, de acordo com levantamento realizado nas Fichas de Requisição do Exame - Período de 2004 a 2006, Paracatu/MG

População Feminina em 2006		Exames Realizados Faixa Etária 25 a 59 anos		
Total	Faixa Etária 25 a 59 anos	Total	%	Cobertura
41.706	16.630	9.590	57,66	0,57

Partindo da identificação nominal de cada mulher, considerando sua idade na data da coleta e o nome da mãe, para diferenciar as possibilidades de nomes iguais, no total de 9.590 exames encontrados no levantamento (Tabela 3), foi possível identificar que estes foram realizados por 7.014 mulheres. Sendo que destas 4.879 realizaram o exame apenas uma vez e 2.135 repetiram o exame no período em estudo (Tabela 4).

Portanto, considerando a quantidade de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos que realizaram o exame Papanicolaou, no período de 2004 a 2006, chegou-se a um total de 42,18% e uma cobertura de 0,42 (Tabela 4).

Tabela 4 - Cobertura da realização do exame Papanicolaou pelas mulheres de 25 a 59 anos, segundo levantamento realizado nas fichas de requisição do exame, no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG

MULHERES NA FAIXA ETÀRIA DE 25 a 59 ANOS	TOTAL	%	COBERTURA
Que realizaram o Exame apenas uma vez	4.879	29,34	0,29
Que repetiram o Exame	2.135	12,84	0,13
Total de Mulheres que realizaram o Exame	7.014	42,18	0,42

4.2 COMPARAÇÃO ENTRE A COBERTURA DA REALIZAÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO COLO DO ÚTERO PELAS MULHERES E OS DADOS REFERENTES À QUANTIDADE DE EXAMES REALIZADOS REGISTRADOS NO SISCOLO

Na tabela 5 foram dispostos os dados provenientes dos relatórios do SISCOLO divulgados pelo Viva Mulher - PNCCCU de Minas Gerais referentes à quantidade de exames realizados e os encontrados no levantamento realizado na fichas de requisição em relação ao número de mulheres que realizaram o exame, onde foi possível identificar uma diferença de 0,15 na cobertura.

Tabela 5 - Comparação entre a quantidade de exames realizados informados pelo SISCOLO e a quantidade de mulheres que realizaram o exame segundo levantamento realizado nas fichas de requisição do exame - Paracatu/MG, 2004 a 2006

MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 a 59 ANOS	TOTAL	%	COBERTURA
Total de Exames informados pelo SISCOLO	9.541	57,37	0,57
Total de Mulheres que realizaram o Exame	7.014	42,18	0,42
Diferença	2.527	15,19	0,15

4.3 IDENTIFICAÇÃO NO TOTAL DE EXAMES REALIZADOS PELAS MULHERES NA FAIXA ETÁRIA DE 25 A 59 ANOS, NO PERÍODO EM ESTUDO, A QUANTIDADE DAS QUE FORAM SUBMETIDAS AO EXAME MAIS DE UMA VEZ E DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Em relação aos 9.590 exames, dispostos na tabela 6, é possível observar que 49,12% foram referentes a exames realizados mais de uma vez no período em estudo.

Tabela 6 - Distribuição dos resultados dos exames Papanicolaou, realizados pelas mulheres de 25 a 59 anos, de acordo com as categorias: realizados apenas uma vez e mais de uma vez - Paracatu/MG, 2004 a 2006.

RESULTADOS	1*		2**		3***	
	N	%	N	%	N	%
Dentro dos Limites da Normalidade	4.782	49,87	2.401	25,04	2.381	24,83
Inflamação	3.689	38,46	1.749	18,23	1.940	20,23
Metaplasia Escamosa	576	6,01	268	2,80	308	3,21
Atrofia com Inflamação	467	4,87	244	2,54	223	2,33
Alterações em Células Epiteliais	70	0,73	47	0,49	23	0,24
Radiação	01	0,01	-	-	01	0,01
Sem Resultado	05	0,05	02	0,02	03	0,03
TOTAL	9.590	100	4.711	49,12	4.879	50,88

1* Total de exames realizados no período em estudo.

2** Exame realizados mais de uma vez no período em estudo.

3*** Exame realizados apenas uma vez no período em estudo.

Ainda de acordo com os exames realizados mais de uma vez no período em estudo, observa-se na tabela 7 que 98,97% dos resultados apresentaram alterações celulares benignas. Destes, 50,97% foram classificados como dentro dos limites da normalidade e 48% como alterações epiteliais não neoplásicas e 0,99% foram relativos a alterações pré neoplásicas e neoplásicas. Em relação à faixa etária 39,80% foram realizados por mulheres na faixa etária abaixo dos 35 anos, e 4,93% nas mulheres de 55 a 59 anos (Tabela 8).

Tabela 7 - Distribuição dos resultados dos exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos, que realizaram o exame mais de uma vez no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG

RESULTADOS	N	%
Dentro dos Limites da Normalidade	2.401	50,97
Inflamação	1.749	37,13
Metaplasia Escamosa (Imatura)	268	5,69
Atrofia com Inflamação	244	5,18
Alterações em Células Epiteliais	47	0,99
Sem Resultado	02	0,04
TOTAL DE EXAMES	4.711	100

Tabela 8 - Distribuição por faixa etária das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o Exame Papanicolaou mais de uma vez no período de 2004 a 2006 - Paracatu/MG

FAIXA ETÁRIA	N	%
25 a 29 anos	854	18,13
30 a 34 anos	1021	21,67
35 a 39 anos	884	18,76
40 a 44 anos	743	15,77
45 a 49 anos	558	11,84
50 a 54 anos	419	8,90
55 a 59 anos	232	4,93
TOTAL	4711	100

Em relação à faixa etária, o levantamento realizado permitiu identificar que dos de 9.590 exames, 42,51% foram realizados por mulheres na faixa etária abaixo dos 35 anos, sendo que, no grupo etário de 30 a 34 anos foi encontrada a maior quantidade de exames realizados 21,30% e a menor (6,22%) nas mulheres de 55 a 59 anos (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição por faixa etária das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o Exame Papanicolaou - Paracatu/MG, 2004 a 2006

FAIXA ETÁRIA	N	%
25 a 29 anos	2034	21,21
30 a 34 anos	2043	21,30
35 a 39 anos	1707	17,80
40 a 44 anos	1468	15,31
45 a 49 anos	1110	11,57
50 a 54 anos	632	6,59
55 a 59 anos	596	6,22
TOTAL	9590	100

De acordo com a tabela 10, dos resultados dos 9.590 exames realizados no período em estudo, 99,21% apresentaram alterações celulares benignas. Destas 49,87% foram classificadas como dentro dos limites da normalidade e 49,34 eram relativas a alterações epiteliais não neoplásicas.

Tabela 10 - Resultados dos exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos - Paracatu/MG, 2004 a 2006.

RESULTADOS	N	%
Dentro dos Limites da Normalidade	4.782	49,87
Inflamação	3.689	38,46
Metaplasia Escamosa	576	6,01
Atrofia com Inflamação	467	4,87
Alterações em Células Epiteliais	70	0,73
Radiação	01	0,01
Sem Resultado	05	0,05
TOTAL	9.590	100

Em relação aos resultados positivos para alterações celulares epiteliais foram encontrados 0,73% casos (Tabela 10), em diferentes graus de evolução como demonstrado na tabela 11, onde a maioria 62,87% eram referentes à lesão escamosa intraepitelial de baixo grau, 20% a atipias celulares de significado indeterminado, 15,71% a lesão escamosa intraepitelial de alto grau e 1,42% ao Carcinoma Escamoso Invasivo.

Tabela 11 - Resultados dos exames Papanicolaou, das mulheres de 25 a 59 anos de acordo com as alterações em células epiteliais - Paracatu/MG, 2004 a 2006

RESULTADOS	N	%
% no Total dos Exames Realizados	70	0,73
ASCUS	14	20,00
Efeito Citopático Compatível com HPV	14	20,00
Efeito Citopático Compatível com HPV e NIC I	6	8,58
NIC I	24	34,29
NIC II	5	7,14
NIC III	6	8,57
Carcinoma Escamoso Invasivo	1	1,42
TOTAL	70	100

Os resultados positivos para alterações em células epiteliais descritos na tabela 11, foram analisados novamente e dispostos na tabela 12, considerando as mulheres que realizaram o exame apenas uma vez e mais de uma vez no período em estudo. Sendo possível observar que 32,86% das mulheres com resultados de exames alterados realizaram o mesmo apenas uma vez no período em estudo.

Tabela 12 - Resultados dos exames Papanicolaou, com alterações em células epiteliais, de acordo com as categorias: realizados apenas uma vez e mais de uma vez - Paracatu/MG, 2004 a 2006

RESULTADOS	1*		2**	
	N	%	N	%
ASCUS	11	15,71	03	4,29
Efeito Citopático Compatível com HPV	07	10,00	07	10,00
Efeito Citopático Compatível com HPV e NIC I	03	4,29	03	4,29
NIC I	18	25,71	06	8,57
NIC II	04	5,71	01	1,42
NIC III	03	4,29	03	4,29
Carcinoma Escamoso Invasivo	01	1,42	--	--
TOTAL	47	67,14	23	32,86

1* Exames realizados mais de uma vez no período em estudo.

2** Exames realizados apenas uma vez no período em estudo.

As Fichas de Requisição dos exames com resultados de alterações epiteliais das mulheres que realizaram o exame apenas uma vez no período em estudo, foram analisadas considerando o mês/ano da realização da coleta e os resultados foram dispostos na Tabela 13, sendo possível observar que dos 19 exames com alterações epiteliais (27,15%), apenas três (8,57%) ainda se encontravam no prazo estabelecido pela rotina de rastreamento frente ao resultado identificado no exame.

Tabela 13 - Distribuição dos resultados dos exames Papanicolaou das mulheres de 25 a 59 anos que realizaram o exame apenas uma vez, de acordo com as alterações epiteliais, segundo mês/ano da coleta - Paracatu/MG, 2004 a 2006

RESULTADOS	N	%	MÊS/ANO
ASCUS	03	4,29	Fev.a Dez. 2004
Efeito Citopático Compatível com HPV	07	10,00	Maio 2004 a Set. 2005
NIC I	06	4,29	Mar. 2004 a Abr. 2006
Efeito Citopático Compatível com HPV e NIC I	03	8,57	Jul. a Dez. 2006
TOTAL	19	27,15	Fev. 2004 a Dez. 2006

5 DISCUSSÃO

A eficácia e a efetividade dos programas de rastreamento no controle das morbimortalidades associadas ao câncer de colo uterino tem sido alvo de muitos estudos, com destaque para vários fatores, entre estes, a elevada cobertura da população de maior risco, a qualidade na coleta e interpretação do material, tratamento e seguimento adequados, o que é corroborado pelas afirmações dos autores abaixo.

Schneider et al. (2001) consideram o rastreamento do câncer através do exame citopatológico cérvico vaginal, o programa de maior sucesso de todos os tempos. De acordo com os autores tal programa tem sido responsável pela acentuada redução nas taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo uterino, ao longo dos 50 anos, em praticamente todos os países no qual o exame encontra-se em funcionamento. Os autores descrevem, ainda, que cerca de 80% da incidência e mortalidade por esta neoplasia ocorre em áreas geográficas nas quais as mulheres não recebem rastreamento adequado e não possuem serviços de saúde suficientes. E que a alta taxa de cobertura da população feminina, a seleção em intervalos regulares, profissionais de saúde bem treinados e um acompanhamento eficaz do tratamento das lesões identificadas, são componentes essenciais para o sucesso dos programas de rastreamento.

Segundo os grupos de trabalho da Agência Internacional para Pesquisa sobre câncer, dois principais determinantes da eficácia dos programas de rastreamento em saúde pública devem ser considerados sendo estes, a elevada cobertura da população-alvo e a qualidade da análise total do processo, desde a escolha do teste de seleção até o acompanhamento dos casos positivos (IARC, 1986; 2004).

Para Pinho et al. (2003) a razão para ocorrência do quadro de morbimortalidade por câncer de colo do útero está, provavelmente, na ineficiência dos programas de prevenção e controle desse tipo de câncer em alcançar as mulheres de maior risco para a doença, ou seja, aquelas que nunca realizaram o teste ou já realizaram há mais de cinco anos, e de garantir um seguimento e

tratamento adequados às mulheres examinadas. Os autores descrevem que o êxito do programa de controle e prevenção do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres, da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças culturais e estejam focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos.

Boing, Vargas e Boing (2007), em estudo objetivando descrever a morbidade hospitalar e a mortalidade por neoplasias no Brasil e regiões, segundo gênero, categorizando-as segundo as localizações primárias do tumor, no período de 2002-2004, identificaram que as maiores taxas de mortalidade ocorreram nas regiões Sul e Sudeste e que no Brasil a neoplasia maligna que apresentou maior mortalidade entre as mulheres foi o câncer de mama e o câncer de colo uterino, que ocuparam a quarta posição, sendo que estes dois tipos de cânceres foram os que mais demandaram internações. Ainda em relação ao câncer de colo uterino, os autores descrevem que em diversos países desenvolvidos os programas de rastreamento populacional através do exame citopatológico têm tido impacto na redução das morbimortalidade por esta neoplasia. E enfatizam que o desafio para os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, é aumentar a cobertura dos programas de prevenção do câncer de colo de útero, proporcionando o diagnóstico das lesões precursoras e o seu tratamento, ações fundamentais para que se evite a progressão da doença para formas mais invasoras e para que se obtenha um melhor prognóstico. Destacam que “diversos fatores de risco e de prevenção para as neoplasias, e também de métodos terapêuticos, já estão estabelecidos e tais conhecimentos devem ser aplicados de maneira universal e equânime com vistas ao controle deste agravo”.

Thuler, Zardo e Zeferino (2007) descrevem o exame citopatológico do colo uterino como o método de rastreamento mais bem-sucedido na história da medicina. Para os autores sua efetividade depende de uma seqüência de eventos, ressaltando a importância de todas as etapas envolvidas, desde a captação das mulheres, a coleta do material para o exame, o transporte e processamento das lâminas, a identificação das lesões, a entrega dos resultados, o tratamento e seguimento das mulheres com exames alterados, onde estas devem acontecer de

forma sincronizada e com a máxima qualidade. E advertem que qualquer falha neste processo pode comprometer o impacto do rastreamento.

De acordo com Zeferino (2008) o aumento da realização do exame citopatológico pela população feminina não é suficiente para garantir que a mortalidade irá diminuir. Para o sucesso do programa de rastreamento é necessário que as mulheres examinadas recebam tratamento adequado. Segundo o autor, há evidências de que uma quantidade significativa de mulheres que são encaminhadas para avaliação colposcópica não chega a realizá-la, e que o sistema de saúde também não é eficiente para controlar adequadamente esse evento. E descreve que o eficiente controle do câncer do colo uterino está diretamente relacionado com a qualidade do sistema de saúde, que além de identificar as mulheres que precisam fazer controles, deve garantir diagnóstico correto e tratamento preciso, além de acesso fácil e ágil aos serviços, flexibilidade para marcar e remarcar consultas e rapidez no atendimento.

Para Mendonça et al. (2008) a mortalidade por neoplasia maligna do colo de útero apresenta-se como um importante indicador de condições de vida da população e de qualidade da atenção à saúde da mulher. E as altas taxas de morbimortalidade associadas ao câncer de colo uterino indicam falhas nos programas em realizar o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, seu tratamento e acompanhamento adequado.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde para se obter redução na mortalidade por câncer do colo do útero, recomenda-se que os programas de detecção precoce estejam associados a taxas de cobertura de 80% da população-alvo (OPAS, 1989). Estima-se que esta cobertura esteja associada a uma diminuição da mortalidade por esta doença em torno de 50% (INCA, 2002c).

Estudos desenvolvidos por vários autores corroboram com as afirmações acima, Sepulveda e Prado (2005) em estudo analisando o Programa de Rastreamento do Câncer do Colo Uterino no Chile relataram que durante duas décadas (1960 – 1980) o exame foi oferecido de forma oportunista, anualmente, a mulheres de baixo risco, na sua maioria na faixa etária abaixo de 25 anos de idade. Porém, em 1987 foi reformulado, baseando-se no rastreio trienal de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos de idade. A cobertura pelo rastreio colpocitológico no grupo-alvo passou de 40% em 1990 para 66% em 1996. A idade ajustada à taxa de

mortalidade por câncer do colo uterino diminuiu de 12,8 em 1980 para 6,8 por 100.000 mulheres em 2001.

Nygaard; Skare e Thoresen (2002) em estudo avaliando o impacto do programa de rastreamento do câncer cervical norueguês introduzido em 1995, destacam que a incidência de câncer invasivo, nos dois últimos anos estudados, foi 22% inferior ao período anterior à implantação do programa e concluíram que a triagem coordenada atingindo um número maior de mulheres contribuiu para a redução desta taxa.

Guzman et al. (2005) ao avaliarem os resultados do programa de rastreamento do câncer do colo uterino de Valdivia no Sul do Chile, no período de 1993 a 2003, observaram uma progressiva diminuição da taxa de mortalidade de 18,9% por 100 mil em 1993 para 4,6% por 100 mil em 2003 e concluíram que o aumento sustentado da cobertura do rastreamento, aliado a estratégias de Promoção em Saúde, contribuiu favoravelmente no impacto dos indicadores de morbimortalidade associados à referida patologia.

Estudos desenvolvidos em países como a Finlândia e a Islândia, que tiveram cobertura variando de 75% a 80% da população feminina, relatam redução da mortalidade por câncer do colo do útero de 17% a 32%, dependendo da faixa etária, demonstrando que o declínio da mortalidade por este tipo de câncer é diretamente relacionado ao percentual da população feminina testada (INCA, 2002c).

No presente estudo, analisando a quantidade de mulheres usuárias do SUS na faixa etária de 25 a 59 anos que realizaram o exame Papanicolaou, no período de 2004 a 2006, constatamos um percentual de 42,17%. Considerando que no estado de Minas Gerais 80% da população são usuários do SUS, o percentual encontrado situa-se abaixo da meta preconizada pelo Viva Mulher – PNCCCU de Minas Gerais e do encontrado nos países/ regiões referidos nos estudos acima.

Em relação à faixa etária, o levantamento realizado permitiu identificar que 42,51% dos exames foram realizados por mulheres na faixa etária abaixo dos 35 anos, considerada de menor risco. Este achado confirma o que foi encontrado por Lago (2004) analisando os resultados do rastreamento do câncer de colo uterino no SUS, no período de 1998 a 2002, a partir dos dados do SISCOLO do PNCCCU, no qual foi identificado que as mulheres mais jovens, com menos de 35 anos,

predominaram na demanda rotineira dos serviços, representando aproximadamente 51% dos exames em 2000 e 2002 realizados no país.

Ribeiro et al. (2004), em um estudo retrospectivo, avaliando a prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto/SP, realizado por meio de levantamento de prontuários, considerando o período de julho de 2001 a julho de 2003, tendo como o público alvo 681 mulheres que tinham pelo menos 20 anos de idade e que fossem sexualmente ativas, encontraram associação entre a realização da coleta do exame e pertencer à faixa etária mais jovem. O grupo de mulheres dos 20 aos 34 anos foi o que apresentou a melhor cobertura (48,9%) e o de 50 a 64, a pior (19,4%).

Um estudo de corte transversal, tendo como fonte de coleta de dados 54.338 exames de Papanicolaou realizados pelo SUS em Campinas/SP, no período de janeiro a dezembro de 2003, mostrou que 76,2% das mulheres realizaram o primeiro exame com 24 anos ou menos e 64% tinham idade de 14 a 39 anos (FREITAS; AUGUSTO 2008).

Medeiros et. al. (2005) em estudo transversal descritivo tendo como público alvo 760.501 mulheres submetidas ao exame de Papanicolaou, no Estado do Rio Grande do Norte, no período de janeiro de 2000 a março de 2004, identificaram que a maioria dos exames foi realizado por mulheres na faixa etária de 12 a 39 anos, 65% e 66,6% respectivamente, sendo que destas o maior número estava compreendido entre a faixa etária dos 20-39 anos.

Corrêa (2009) ao investigar o perfil das mulheres que realizam o exame Papanicolaou no município de Manaus, através de uma pesquisa quantitativa, descritiva, realizada no período de 1 de fevereiro a 31 de março de 2008, contando com amostra composta por 281 mulheres na faixa etária de 18 a 64 anos de idade, que compareceram às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para realização do exame Papanicolaou, ou que haviam se submetido ao exame nas UBS do município, nos últimos cinco anos, constatou que a maioria das mulheres (54%) tinha idade entre 18 a 34 anos. Quanto ao motivo para realização do Papanicolaou, 66,2% das mulheres relataram procura espontânea pelo exame, 23,5% realizaram-no por recomendação médica e 10,3% referiram a presença de sintomas ginecológicos.

Buscando explicar este desvio de faixa etária das coletas, Eluf-Neto et al. (2000) ponderam que o PAISM introduziu a prática da colheita do exame

citológico no ato do atendimento médico e como resultado, a maioria dos exames são realizados quando a mulher procura atendimento, em geral para consulta ginecológica ou obstétrica, contribuindo para maior cobertura no grupo etário de 20 a 34 anos.

O estudo de Pinho et al. (2003) realizado em São Paulo/SP no ano de 2000, avaliando a cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou, corrobora com a afirmação acima, quando descreve que “43% das entrevistadas relataram que fizeram o último teste por recomendação médica ou como parte de outro procedimento assistencial, ou ainda quando na presença de queixas ginecológicas”. Assim, fica descaracterizado o rastreamento, onde o exame passa a ser realizado, repetidamente, somente em algumas mulheres e, geralmente, nas de menor risco, visto que são, na maioria das vezes, mulheres mais jovens, entre 25 e 34 anos, em que se observa uma demanda ao serviço de saúde em busca de assistência pré-natal ou de planejamento familiar.

Dos 9.590 exames encontrados no levantamento foi possível identificar que 49,12% foram realizados mais de uma vez no período em estudo, sendo que 98,97% destes apresentaram resultado negativo para alterações pré neoplásicas e neoplásicas e 39,80% foram realizados por mulheres na faixa etária 25 a 34 anos.

Ainda em relação ao total dos 9.590 exames analisados nesta pesquisa, 99,21% apresentaram alterações celulares benignas, e destas 49,87% foram classificadas como dentro dos limites da normalidade e 49,34% eram relativas a alterações inflamatórias.

Quanto aos resultados positivos para alterações celulares epiteliais, nosso estudo apontou a detecção de 0,73% casos, onde a maioria (0,46%) era referente a LSIL, 0,15% a ASCUS, 0,11% a HSIL e 0,01% ao Carcinoma Escamoso Invasivo, resultado inferior ao encontrado em vários estudos. Tavares e Prado (2006) ao desenvolverem uma pesquisa documental visando compreender a realidade do câncer ginecológico no Estado de Santa Catarina, através da análise dos dados brutos disponíveis nos bancos de dados do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina e do Centro de Pesquisas Oncológicas, dos períodos de 1992 a 2002 e 2003 a 2004, identificaram que 97,31% das lâminas examinadas estavam dentro dos padrões celulares de normalidades ou

com alterações celulares benignas; 2,34 % apresentando lesões de baixo grau, e 0,35 % lesões de alto grau.

Stival et al. (2005) analisaram 1008 prontuários de pacientes com idades entre 18 e 69 anos, atendidas no período de janeiro a dezembro de 2002 nos Ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário de Santa Maria/RS. Em relação aos resultados dos exames citopatológicos do colo uterino, 92% eram negativos para malignidade, 6% eram positivos e 2% possuíam amostras insatisfatórias para avaliação.

Os resultados referentes às porcentagens de exames com alterações em células escamosas realizados na rotina dos serviços encontrados no estudo realizado por Lago (2004) ficaram acima de 2%, tanto no país como na região sudeste.

Ramos, Amorim e Lima (2008) ao analisarem 3.914 laudos citopatológicos de mulheres assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde de Campina Grande/PB no período de janeiro a dezembro de 2002, identificaram que 91,77% dos resultados foram classificados como negativos em relação às alterações em células escamosas e glandulares e 8,23% como casos positivos.

Ainda de acordo com os resultados obtidos por Medeiros et al. (2005) foram encontrados 6,4% de exames positivos para alterações celulares epiteliais escamosas e glandulares; destes, 1,1% eram referentes ASCUS, 0,4% AGUS, 3,0% LSIL, 1,4% LSIL/HPV, 0,4% com HSIL, 0,02% com carcinoma epidermóide e 0,01% com adenocarcinoma, além de 0,02% atribuído a outras neoplasias malignas.

Buffon, Civa e Matos (2006) analisando os resultados de 11.077 exames citológicos do colo uterino realizados por um Laboratório privado de Porto Alegre, RS, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2003 detectaram que 97,21% apresentaram resultados citológicos negativos para lesão intraepitelial escamosa ou malignidade, incluindo resultados dentro dos limites da normalidade e alterações reativas. Já 2,79% foram referentes a exames citológicos alterados, destes 1,04% ASCUS, 1,44% como LSIL/HPV, 0,29% como HSIL e 0,02% como carcinoma de células escamosas.

Em estudo analítico retrospectivo de 9.008 laudos de colpocitologia oncológica de mulheres atendidas no Hospital Carlos Macieira e Maternidade Marly Sarney de São Luiz – MA, no período de 2004 a 2005, Silveira, Cruz e Faria (2008), concluíram que a maioria deles, 96,48%, tiveram resultados negativos para lesões

intraepiteliais escamosas ou glandulares. Das 3,53% que apresentaram resultados alterados, 1,60% foram referentes ASCUS, 1,44% a LSIL com HPV, 0,34% com HSIL e 0,14% com AGUS.

Andrade (2006) afirma que em programas de rastreamento para o câncer do colo uterino, aproximadamente 5% dos esfregaços citológicos são considerados positivos, indicando lesões causadas pelo papilomavírus humano ou sugestivos de lesões pré-neoplásicas.

Em relação aos resultados positivos para alterações em células epiteliais, a análise das fichas de requisição do exame citopatológico do colo uterino, possibilitou observar que 32,86% das mulheres realizaram o exame apenas uma vez no período em estudo. Sendo que destas apenas 8,57% ainda se encontravam no prazo estabelecido pelo seguimento, frente ao resultado identificado no exame.

Os demais resultados com alterações apresentando ASCUS possivelmente não neoplásicas e lesões intraepiteliais de baixo grau (18,58%) deveriam ter repetido o exame citopatológico em seis meses, conforme conduta preconizada pelo PNCCCU do MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o perfil epidemiológico do câncer de colo uterino no município de Paracatu/MG, este estudo buscou descrever a realização do exame Papanicolaou pelas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos no período de 2004 a 2006.

O levantamento realizado diretamente nas fichas de requisição do exame do Viva Mulher - PNCCCU de Paracatu, permitiu suprir a limitação descrita nas portarias de pactuação em relação ao SISCOLO, possibilitando a identificação da quantidade de mulheres que realizaram o exame e não apenas o número de exames realizados.

Através deste levantamento foi possível identificar que existe uma defasagem entre as informações contidas no SISCOLO, em relação ao número de exames realizado, e a quantidade de mulheres cobertas através do referido exame, na ordem de 15%.

A partir dos dados provenientes deste estudo foi possível determinar que os dados do SISCOLO, considerando a quantidade de exames realizados em Paracatu, não contribuem efetivamente para o conhecimento da cobertura da realização do exame Papanicolaou, podendo interferir negativamente no planejamento quantitativo e qualitativo das ações de controle do câncer do colo uterino.

Em relação à cobertura da realização do exame citopatológico do colo uterino pelas mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos em Paracatu, foi possível identificar que ela encontra-se abaixo da preconizada pelo Viva Mulher – PNCCCU de Minas Gerais, onde 50% das mulheres estão tendo acesso ao exame de Papanicolaou e entre as que estão realizando o exame, uma grande porcentagem encontra-se na faixa etária de menor risco para a doença, sendo possível observar também que dos 9.590 exames encontrados no levantamento, 49,12% foram realizados mais de uma vez no período em estudo, destes 98,97% apresentaram resultado negativo para alterações pré neoplásicas e neoplásicas e 39,80% foram realizados por mulheres na faixa etária 25 a 34 anos.

Quanto à identificação das lesões precursoras do câncer, foi possível identificar um baixo índice de detecção (0,73%), quando comparado com os demais estudos pesquisados, onde este índice variou de 2% a 8%. O que pode ser justificado pelo perfil de faixa etária das mulheres que realizaram o exame e pela porcentagem encontrada de exames repetidos.

Outro dado elucidado neste estudo foi a não realização de seguimento do tratamento em 18,58% das mulheres com resultados alterados em células epiteliais que tiveram diagnóstico de LSIL, podendo ser conseqüência da falha no registro e controle local das coletas de material para o exame citopatológico realizadas no município.

Os resultados encontrados neste estudo indicam falhas no rastreamento e seguimento das mulheres examinadas, fatores estes que podem estar contribuindo para a manutenção dos índices de mortalidade do câncer de colo uterino em Paracatu.

Portanto, os dados provenientes deste estudo deflagram a necessidade de reorganização das ações de controle do câncer do colo do útero em Paracatu, devendo ser consideradas as recomendações do Viva Mulher- PNCCCU e a relação de interdependência entre as ações de promoção da saúde e prevenção desta neoplasia, visando a redução dos indicadores de morbimortalidade associados.

Destaca-se, também, a necessidade do controle em âmbito local, das coletas realizadas, seguimento das mulheres examinadas, bem como, a adequação das estratégias que venham a sensibilizar as mulheres de maior risco a realizarem o exame Papanicolaou.

Evidenciamos aqui, também, a necessidade de mais estudos que avaliem a efetividade dos dados provenientes do SISCOLO como fonte para cálculo da cobertura da população feminina através da realização do exame citopatológico do colo uterino.

O presente estudo será encaminhado ao Gestor Municipal do SUS de Paracatu, recomendando que o planejamento da reorganização das ações de controle do câncer do colo uterino seja pautado nas normas e recomendações do PNCCCU, na “atenção integral à saúde das mulheres” preconizada pelo PAISM, observando os princípios do SUS e as estratégias da promoção da saúde, com ênfase na educação em saúde e no empoderamento, através de capacitação dos

profissionais de saúde. Sugere-se, ainda, que estas capacitações sejam embasadas em metodologias que possibilitem a formação de facilitadores na democratização do processo saúde-doença, capazes de desenvolverem intervenções mais humanizadas e equitativas, que respeitem as diferenças culturais e estejam focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos, bem como, o envolvimento dos profissionais de saúde (co-gestores) na pactuação dos indicadores de saúde, para que esta possa ocorrer de forma dinamizadora, possibilitando a implementação do monitoramento e avaliação de forma efetiva, capaz de produzir resultados visando a melhoria da assistência prestada, consequentemente a redução dos indicadores de morbimortalidade associados ao câncer de colo uterino.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M. de. O diagnóstico de células escamosas atípicas em citologia oncológica cervical. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 2. Rio de Janeiro, fev. 2006.

ANDRADE, J. M. de.; MARANA, H. R. C. Lesões pré-neoplásicas do colo do útero. In.: OLIVEIRA, H. C. de. LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia**. v. 2, p.1257-68. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

ARANTES, R. C. et al. Processo saúde-doença e promoção da saúde: aspectos históricos e conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr./jun. 2008.

ASSIS, M. de. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004. 236f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). FIOCRUZ - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro.

BARBOSA, I. de M. M. Glossário de epidemiologia & Saúde. In.: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

BEZERRA, S. de J. da S. **Fatores de risco para o câncer de colo e lesões cervicais por papilomavirus humano**. 2007. 100f. Tese (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=491>. Acesso em: 17 out. 2008.

BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; BOING, A. C. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 4, São Paulo, jul./ago. 2007.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 3, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.Gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/Aten%C3%A7%C3%A3o>>

C3%A3o%20b%C3%A1sica%20na%20agenda%20da%20sa%C3%BAde.doc>. Acesso em: 10 jan. 2008.

BRADLEY, J; BARONE, M; MAHE, C; LEWIS, R; LUCIANI, S. Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**. 2005, 89 Suppl 2: S21-9. Disponível em: <http://www.rho.org/files/IJGO_89_S2_2005_04.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília: Centro de Documentação, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para organização da atenção básica**. Secretaria de Assistência a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. 40p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/Sas/MS n. 408, de 30 de julho de 1999b**. Determina o SISCOLO como sistema oficial do programa nacional de combate ao câncer de colo uterino. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA S/Port99/PT-%200408.html](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIA_S/Port99/PT-%200408.html)>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica n. 01**. Pacto da atenção básica. ano I. ago. 2000. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do Câncer do colo do útero**: Programa Nacional de controle do Câncer do colo uterino. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As Cartas de Promoção de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção de Saúde. 56 p.. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico. **Laboratórios**. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_laboratorio.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico. **Organizando a Assistência**. Brasília, 2002c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/prevencao/programas/viva_mulher/documentos/manua_assistencia.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Prevenção do câncer do colo do útero. Manual Técnico. **Profissionais de Saúde**. Brasília, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica nº 19**. Pacto de indicadores da atenção básica, ano VI. nov./dez. 2003a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo19.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.394, de 19 de dezembro de 2003. Aprova a relação de indicadores da atenção básica, fluxos e prazos para a pactuação. 2004. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, seção I, n. 248, p. 41-50, 22 abr. 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, n. 3, v. 2, p. 221-224, abr./jun., 2003c. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a13v03n2.pdf>> Acesso em: 19 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 21/GM de 5 de janeiro de 2005**. Aprova a relação dos indicadores da atenção básica- 2005 a serem pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-21.htm>>. Acesso em: 10 out. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**: acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro, 2005b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 816p. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Cadernos de Atenção Básica; n. 13. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Normas e Manuais Técnicos – Série Pacto pela Saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 493/GM de 10 de março de 2006c**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006d, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIASPort2006/GM/GM-493.htm>>. Acesso em: 10 out. de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Estão**. Série A. Normas e Manuais Técnicos – Série Pacto pela Saúde, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. DATASUS. **Estabelecimentos de Saúde do Município**: Paracatu. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=31&VCodMunicipio=314700&NomeEstado=MINAS%20GERAIS>. Acesso em: 10 jun. 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. 82p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Brasília: Ministério da Saúde, 2007d.

_____. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. **Cadernos de Informações de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm?saude=http%3A%2F%2Ftabnet.datasus.gov.br%2Ftabdata%2Fcadernos%2Fcadernosmap.htm&botao=OK&obj=%24VObj>>. Acesso em: 15 jun. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **SISCAM**: apresentação. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php?area=2304A1B0C0D0E0F2304G1HIJd1L2M0N&VInclude=../site/ltSub.php>>. Acesso em: 20 nov. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. SISCAM. **O papel do sistema de informação no programa nacional de controle do câncer do colo do útero**. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php?area=2304A1B2307C1D0E0F2304G901HIJd1L21M0N&VInclude=../site/texto.php>>. Acesso em: 20 nov. 2008c.

BRITO, C. M. S de; NERY, I. S.; TORRES, L. C. Sentimentos e expectativas das mulheres acerca da citologia oncológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, Brasília: jul./ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S0034-1672007000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BUFFON, A.; CIVA, M.; MATOS, V. F. de. Avaliação de lesões intra-epiteliais escamosas e microbiologia em exames citológicos realizados em um laboratório de Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 38, n. 2, p. 83-85, 2006. Disponível em: <http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_38_02/rbac3802_04.Pdf>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D, Freitas C. M. (orgs). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, A. de O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. Para gestores municipais de serviços de saúde, v. 6. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1998/car001.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, n. jul./ago. Rio de Janeiro, 2004.

CES-MG. Conselho Estadual de Saúde – Minas Gerais. **Apostila capacitação de conselheiros de saúde e formação dos colegiados microrregionais de conselhos municipais de saúde**: formação de agentes para o controle social no SUS. 5. ed. Belo Horizonte: 2008.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In.: CZERESNIA, D.; C. M. FREITAS, **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, v. 1. Brasília: CONASS, 2007.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção Progestores. Para entender a gestão do SUS, v. 8. Brasília: CONASS, 2007b.

CORRÊA, D. A. D. **Perfil das usuárias do sistema único de saúde que realizam o papanicolaou em Manaus, Amazonas**. 2009. 96 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca – SP. Disponível em: <http://www.promocaodesaude.unifran.br/dissertacoes/2009/DINAALBUQUERQUEDUARTECORREA.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

DUAVY, L. M. et al. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 3, Rio de Janeiro, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232007000300024&tlng=en&lng=en&nrm=isso> Acesso em: 20 jan. 2008.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI e Col. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ELUF-NETO, J. et al. Prevenção da Infecção pelo Papilomavirus Humano. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 12, n. 1, p. 39-42, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista12-1-2000/07-prevencao-dainfeccao.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2008.

FELIPE, C. F. P. et al. **Evolução temporal da mortalidade por câncer no Brasil - 1979 a 2005**. Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer / Coordenação de Prevenção e Vigilância / Divisão de Informação. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/vigilancia/docs/Epi%202008/Evolucao%20Temporal%20da%20Mortalidade%20por%20Cancer%20no%20Brasil.1979%20a%202005.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2009.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de informação em saúde. In.: CAMPOS, F. E. de; WERNECK, G. A. F.; TONON; L. M. (Org.). **Cadernos de Saúde: 4.** Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

FONTINELE JUNIOR. K. **Pesquisa em saúde: ética, bioética e legislação.** Goiânia: AB, 2003.

FREITAS, R.; AUGUSTO, P. de. **Exames preventivos em excesso na rede pública de saúde.** Disponível em: <<http://www.saudebrasilnet.com.br/saude/trabalhos/003s.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

GOMPEL, C.; KOSS L. G. **Citologia ginecológica e suas bases anatomoclínicas.** São Paulo: Manole, 1997.

GUERREIRO, J. V. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 0257/2008. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1874>. Acesso em: 10 de jun. 2008.

GUZMAN, C. S. et al. Assessment of cervical cancer screening in the Health Service of Valdivia, Chile. **Rev. méd.** June 2005, v. 133, n. 6, p. 685-692. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8872005000600011&nr m=iso&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 19 mar. 2008.

HALBE, H. W. Câncer de colo do uterino: conceito, importância, incidência e fatores de risco. **Tratado de ginecologia.** v. 2. São Paulo: Roca, 1993.

HOLOWATY, P.; MILLER, A. B.; ROHAN, T.; TO, T. Natural history of Displasia of the uterine cervix. **Journal of the National Cancer Institute**, v. 91, p. 252-258, 1999.

HORTA, A. I. A. Métodos diagnósticos complementares. Colpocitopatologia. In: OLIVEIRA, H. C. de.; LEMGRUBER, I. **Tratado de ginecologia.** v. 1, Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

IARC - International Agency for Research on Cancer. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. Working group on evaluation of cervical cancer

screening programmes. **British Medical Journal**, v. 293, n. 13, p. 659-64, sep., 1986.

_____. International Agency for Research on Cancer. **Cervix cancer screening**. Working group on the evaluation of cancer preventive strategies (IARC - Handbooks of Cancer Prevention, v. 10) Lyon, France, 2005. Disponível em: <<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>>. Acesso em: 20 set. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas de Populações. **Estimativas das populações residentes, em 01.07.2006**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2006/estimativa.shtm>> Acesso em: 4 jan. 2008.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama: Viva Mulher**. Rio de Janeiro: INCA, 2000. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002a. 380p. il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Viva Mulher. **Câncer de colo do útero: informações técnico-gerenciais e ações desenvolvidas**. Rio de Janeiro: INCA, 2002b. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância (Conprev). **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Normas e recomendações do instituto nacional do câncer: periodicidade de realização do exame preventivo do câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 48, v. 1, p. 13-15. Rio de Janeiro, 2002d. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/normas.pdf> Acesso em: 20 set. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **SISCOLO - Sistema de informações do câncer de colo do útero**. Módulo Coordenações. Versão 4. Treinamento. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas recomendadas para profissionais de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. 94p. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

LAGO, T. D. G. do. **Políticas nacionais de rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: análise do período 1998 a 2002**. 2004. 137p. Tese (Doutorado em Demografia) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas - SP. Disponível em: <http://www.nepo.unicamp.br/textos_publish/teses/2004/15.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2007.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, 2001, p. 269-291. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200002&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 20 nov. 2008.

MARTINS, L. F. L.; THULER, L. C. S.; VALENTE, J. G. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 27, n. 8, p. 485-492. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000800009>. Acesso em: 20 fev. 2008.

MEDEIROS, V. C. R. D. de M. et al. Câncer de Colo de Útero: Análise Epidemiológica e Citopatológica no Estado do Rio Grande do Norte. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 37, n. 4, p. 227-231, 2005.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. L. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulgação Saúde para Debate**, v. 21, Rio de Janeiro: 2000. p. 15-28.

MEDINA, M. G. **Análise do Pacto de Indicadores da Atenção Básica – 2001**. Dezembro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/analise_pacto.PDF>. Acesso em: 20 set. 2007.

MELNIKOW J., NUOVO J., WILLAN A.R., CHAN B.K. & HOWELL L.P. Natural history of cervical squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. **Obstetrics and Gynecology** 92, p. 727-735, 1998.

MENDES, J. C.; SILVEIRA, L. M. da S.; PAREDES, A. de O. Lesão intraepitelial cervical: existe correlação entre o tempo de realização do exame de Papanicolaou e o aspecto do colo uterino para o aparecimento da lesão. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 36, n. 4, p. 191-196, 2004.

MENDONÇA, V. G. et al. Mortalidade por câncer do colo do útero: características sociodemográficas das mulheres residentes na cidade de Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 30, n. 5, p. 248-55, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a07v30n5.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

MOTA, E.; CARVALHO, D. M. Sistema de Informação em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 605-28.

NARDOZZA, L. M. M. et al. Avaliação comparativa entre a citologia, a colposcopia e a histopatologia nas displasias leve e moderada na puerparidade. Conduta proposta. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. v. 103, n. 7, p. 243-247, 1993.

NYGARD, J. F., SKARE, G. B.; THORESEN. S. O. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992-2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. **J. Med. Screen**. v. 9, n. 2, p. 86-91, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE_1997-2008&exprSearch=12133929&indexSearch=UI&lang=i> Acesso em: 14 set. 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata**, 1978. Brasília: OMS; 1979. 64p.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**. Genebra, 2000.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Control integral del cáncer cervicouterino**: guía de prácticas esenciales. Suíça, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/cervical_cancer_gep/text_es.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2007.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 4. Diciembre 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm>. Acesso em: 12 set. 2007.

_____. Organización Panamericana de la Salud. Guías para la Evaluación de Los Programas de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino. **Boletín of Sanit. Panam.**, v. 107, n. 5, p. 454-57, 1989.

OSIS, M. J. M. D. Pásm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, Supl. 1. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2007.

PARACATU, MG. Prefeitura Municipal de Paracatu/Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão. **Perfil Socioeconômico de Paracatu 2005**: relatório Síntese, 84p. 2005.

PARACATU, MG – Prefeitura Municipal de Paracatu/Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Paracatu, 2009.

PARADA, et al. A Política Nacional de Atenção Oncológica e o Papel da Atenção Básica na Prevenção e Controle do Câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PINHO, A. de A. et al. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de Papanicolaou no Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19, Sup. 2, S303-S313, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a12v19s2.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2007.

PINHO, A. de A.; FRANCA-JUNIOR, I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 1, p. 95-112, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000100012> Acesso em: 10 nov. 2007.

PNCCCU-MG. Programa Viva Mulher. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero de Minas Gerais. **Relatórios**. Disponível em: <<http://mg.vivamulher.com.br/>>. Acesso em: 23 maio 2007.

RAMA, C. et al. Rastreamento anterior para câncer de colo uterino em mulheres com alterações citológicas ou histológicas. **Revista de Saúde Pública**. v. 42. n. 3. São Paulo, jun. 2008.

RAMOS, N. P. D.; AMORIM, J. de A.; LIMA, C. E. de Q. Câncer do colo do útero: influência da adequação da amostra cervical no resultado do exame citopatológico. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 40, n. 3, p. 215-218, 2008.

RIBEIRO, et al. Prevenção do câncer de colo uterino em uma área do Programa de Saúde da Família em Ribeirão Preto. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 7 n. 2. jul./dez., 2004.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 649-686.

SCHNEIDER, V.; HENRY, M. R.; JIMENEZ-AYALA, M.; TURNBULL, L. S.; WRIGHT, T. C. Cervical cancer screening, screening errors and reporting. **Acta Cytologica**, v. 45, n. 4, p. 493-98, 2001.

SELLORS, J. W.; SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intraepitelial cervical**: manual para principiantes. Washington, D.C.: OPAS, 2004.

SEPULVEDA, C.; PRADO, R. Effective cervical cytology screening programmes in middle-income countries: the Chilean experience. **Cancer Detect Prev**. v. 29, n. 5, p. 405-11, 2005.

SES/BH/MG. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/MG. Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero. **Protocolos de Atenção à Saúde da Mulher. 2008**. Disponível em: <<http://pbh.gov.br/smsa/biblioteca/protocolos/cancercolo.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2008.

SES – MG. Secretaria de Estado da Saúde – Minas Gerais. Programa Viva Mulher. **Relatórios**. Disponível em:

<<http://mg.vivamulher.com.br/index.php?dir=Relatórios&pagina=relatorios&relatorio=citologias>>. Acesso em: 8 jan. 2008.

SILVEIRA, L. M. da S.; CRUZ, A. de L. N. da; FARIA, M. dos S. Atipias cervicais detectadas pela citologia em mulheres atendidas em dois hospitais da rede pública de São Luís – MA. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 40, n. 2, p. 115-119, 2008.

SOUZA, M. de F. M. de. Dos dados a política: a importância da informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 17, n. 1, Brasília: 2008. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-497420080001000&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 dez. 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

STIVAL, C. O. et al. Avaliação Comparativa da Citopatologia Positiva, Colposcopia e Histopatologia: Destacando a Citopatologia como Método de Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 37, n. 4, p. 215-218, 2005. Disponível em: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_37_04/rbac3704_04.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2007.

SZWARCWALD, C. L.; et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. **RADIS**. Rio de Janeiro, v. 23, p. 14-33, 2004. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/pdf/radis_23.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2008.

TAVARES, C. M. A.; PRADO, M. L. do. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Revista Texto & Contexto**, v. 15, n. 4. Florianópolis, out./dez. 2006.

TAVARES, S. B. N. et al. Controle da Qualidade em Citopatologia Cervical: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 53, n. 3, p. 355-364. 2007. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rc/n_53/v03/pdf/revisao6.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2008.

TAVARES, T. G. et al. Cervicites e seus agentes na rotina dos exames Colpocitológicos. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 30-34, 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/dst/revista19-1-2007/5.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2008.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**. n. 49, v. 4, p. 227-238, 2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf>. Acesso em: 30 set. 2008.

THULER, L. C. S.; ZARDO, L. M.; ZEFERINO, L. C. Perfil dos laboratórios de citopatologia do Sistema Único de Saúde. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 43, n. 2. Rio de Janeiro, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1676-24442007000200006&script=sci_arttext>. Acesso em: 14 fev. 2009.

TOMIMATSU, M. F. I. **Instrumentos de pactuação do Sus: Como Monitorá-los e o que Mudará com o Pacto Pela Saúde?**. Texto preparado para o projeto de qualificação de gestores do SUS da 17ª Regional de Saúde, em novembro de 2006. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/nesco/regesus/arquivos/Txt%2020.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

TORTORA, J. G.; FUNKE, B. R.; CASE, C. L. **Microbiologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artemed, 2005.

TRAVASSOS, A. P. A.; ANTONIAZZI, B. N. **5º Boletim Informativo**. Vigilância do Câncer e seus fatores de risco de Minas Gerais. Belo Horizonte, nov. 2006.

VÉRAS, M. M. S. et al. Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – SINAI. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 1, p. 165-71, jan./abr. 2007.

WHO. World Health Organization. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2. ed. Geneva, 2002.

ZEFERINO, L. C. O desafio de reduzir a mortalidade por câncer do colo do útero. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 30, v. 5, p. 213-15, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n5/a01v30n5.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

Eu, _____, RG _____, abaixo qualificado(a), Secretário Municipal de Saúde, Gestor Municipal do Sistema Único de Saúde (SUS). DECLARO para fins de participação em pesquisa, na condição de representante legal dos sujeitos objeto da pesquisa, que fui devidamente esclarecido do Projeto de Pesquisa intitulado: O Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e a Cobertura da População Feminina através da Realização do Exame Papanicolaou desenvolvido pelo(a) aluno(a), Rosalba Cassuci Arantes do Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

O presente estudo justifica-se pelas afirmações de que a detecção precoce do câncer de colo uterino associada ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%; da Organização Mundial de Saúde (OMS) de que quando o rastreamento que apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006); a pactuação entre os gestores do SUS de cobertura da população feminina através da realização do exame citopatológico do colo uterino e os relatórios do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero – SISCOLO, que não permite a identificação da quantidade de mulheres examinadas, mas apenas a quantidade de exames realizados, dificultando o conhecimento preciso das taxas de captação e cobertura através do referido exame. Considerando as afirmações acima optou-se por desenvolver este estudo tendo como objetivo geral, identificar o grau de comprometimento da cobertura pactuada, considerando a referencia para análise da pactuação, ser o relatório do SISCOLO. e objetivo específico, identificar no total de exames realizados no período em estudo, a quantidade de exames e o numero de mulheres que se submeteram mais de uma vez ao exame.

Será desenvolvido em Paracatu, MG, a população em estudo será composta de mulheres de 25 a 59 anos, que realizaram o exame citopatológico do colo uterino

no período de 2004 a 2007. Trata-se de um estudo retrospectivo, seguindo uma abordagem quantitativa, sendo os instrumentos utilizados neste levantamento os cadernos de registros das coletas realizadas, nas 13 (treze) Unidades de Saúde cadastradas como ponto de coleta, onde será levantado as seguintes variáveis: nome da paciente, idade e o resultado do exame citopatológico. Os dados provenientes deste estudo serão catalogados manualmente por uma pessoa treinada pela pesquisadora e tratados estatisticamente considerando as proporções obtidas e correlacionado-as com os dados do SISCOLO visando atingir o objetivo proposto.

Ao representante legal dos sujeitos objeto deste estudo será garantido os esclarecimentos que se fizerem necessários, antes e durante o curso do estudo, bem como o sigilo e privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e a liberdade de recusar-se em participar ou cancelar o seu consentimento sem penalização alguma e sem qualquer prejuízo. Os dados e informações provenientes deste estudo serão utilizados com fins de produção e apresentação de tese de dissertação do Mestrado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente a participação nesta pesquisa.

Franca, de de 200....

**QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Representante legal:.....

Natureza da Representação:

RG:.....Data de nascimento:...../...../..... Sexo: M () F ()

Endereço:.....nº.....Apto:.....

Bairro:..... Cidade:.....Cep:.....Tel:.....

Assinatura do Declarante

ANEXOS

ANEXO A - INDICADORES DO PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2003

Indicadores Principais

1. Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade
2. Taxa de mortalidade infantil
3. Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer
4. Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas
5. Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de um ano de idade
6. Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade
7. Taxa de mortalidade materna
8. Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal
9. Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
10. Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos de idade e a população feminina nesta faixa etária
11. Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)
12. Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares
13. Taxa de internação por cetoacidose e coma diabético
14. Proporção de abandono do tratamento de tuberculose
15. Proporção de abandono do tratamento de hanseníase
16. Taxa de detecção de casos de hanseníase
17. Cobertura de primeira consulta odontológica
18. Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos
19. Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)
20. Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante

Indicadores Complementares

1. Número absoluto de óbitos neonatais
2. Taxa de mortalidade infantil neonatal
3. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero
4. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama
5. Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal
6. Taxa de internação por insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
7. Taxa de internação por diabetes
8. Taxa de incidência de tuberculose pulmonar congestiva
9. Taxa de mortalidade por tuberculose
10. Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados
11. Taxa de prevalência da hanseníase
12. Proporção de grau de incapacidade I e II registrados no momento do diagnóstico
13. Proporção de exodontias em relação as ações odontológicas básicas individuais
14. Média mensal de visitas domiciliares por famílias

Fonte: Informes Técnico-institucionais (BRASIL, 2003c, p. 222).

ANEXO B – FICHA DE REQUISIÇÃO DO EXAME CITOPATOLÓGICO DO VIVA MULHER - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO E DE MAMA DO SUS

Frente da Ficha – Preenchida na Unidade de Saúde

REQUISIÇÃO DE EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
<i>Viva Mulher - Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama</i>	
UF <input type="text"/>	CNES da Unidade de Saúde <input type="text"/>
Unidade de Saúde <input type="text"/>	
Município <input type="text"/>	
Prontuário <input type="text"/>	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
Cartão SUS <input type="text"/>	
Nome Completo da Mulher <input type="text"/>	
Nome Completo da Mãe <input type="text"/>	
Identidade <input type="text"/>	Apelido da Mulher <input type="text"/>
Orgão Emissor <input type="text"/>	UF <input type="text"/>
CNPJ (CPF) <input type="text"/>	
Data de Nascimento <input type="text"/>	Idade <input type="text"/>
Raça/cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	
Dados Residenciais	
Logradouro <input type="text"/>	
Número <input type="text"/>	Complemento <input type="text"/>
Código do Município <input type="text"/>	Município <input type="text"/>
Bairro <input type="text"/>	UF <input type="text"/>
CEP <input type="text"/>	DDD <input type="text"/>
Telefone <input type="text"/>	
Ponto de Referência <input type="text"/>	
ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> 1º Grau Incompleto <input type="checkbox"/> 1º Grau Completo <input type="checkbox"/> 2º Grau Completo <input type="checkbox"/> 3º Grau Completo	
DADOS DA ANAMNESE	
<p>1. Fez o exame preventivo (Papanicolaou) alguma vez?</p> <input type="checkbox"/> Sim. Quando fez o último exame? ano <input type="text"/>	<p>6. Já fez tratamento por radioterapia?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<p>7. Data da última menstruação / regra:</p> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Não sabe / Não lembra
<p>2. Usa DIU? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>3. Está grávida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>4. Usa pílula anticoncepcional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p> <p>5. Usa hormônio / remédio para tratar a menopausa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe</p>	<p>8. Tem ou teve algum sangramento após relações sexuais? (não considerar a primeira relação sexual na vida)</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra
	<p>9. Tem ou teve algum sangramento após a menopausa? (não considerar o(s) sangramento(s) na vigência de reposição hormonal)</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / Não sabe / Não lembra / Não está na menopausa
EXAME CLÍNICO	
<p>10. Inspeção do colo</p> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Ausente (anomalias congênicas ou retirado cirurgicamente) <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/> Colo não visualizado	<p>11. Sinais sugestivos de doenças sexualmente transmissíveis?</p> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Data da coleta <input type="text"/>	Coletor <input type="text"/>

ATENÇÃO: Não serão processados os exames que não tiverem o nome, idade, endereço e nome da mãe do paciente preenchidos.

Verso da Ficha – Preenchida no Laboratório

IDENTIFICAÇÃO DO LABORATÓRIO	
CNPJ do Laboratório	Número do Exame
Nome do Laboratório	Recebido em:
RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO - COLO DO ÚTERO	
AVALIAÇÃO PRÉ-ANALÍTICA AMOSTRA REJEITADA POR: <input type="checkbox"/> Ausência ou erro na identificação da lâmina, frasco ou formulário <input type="checkbox"/> Lâmina danificada ou ausente <input type="checkbox"/> Causas alheias ao laboratório; especificar: _____ <input type="checkbox"/> Outras causas; especificar: _____ EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA: <input type="checkbox"/> Escamoso <input type="checkbox"/> Glandular <input type="checkbox"/> Metaplásico	ADEQUABILIDADE DO MATERIAL <input type="checkbox"/> Satisfatória Insatisfatória para avaliação oncológica devido a: <input type="checkbox"/> Material acelular ou hipocelular em menos de 10% do esfregaço <input type="checkbox"/> Sangue em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Piócitos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Artefatos de dessecação em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Contaminantes externos em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Intensa superposição celular em mais de 75% do esfregaço <input type="checkbox"/> Outros
DIAGNÓSTICO DESCRITIVO <input type="checkbox"/> DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE, NO MATERIAL EXAMINADO ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS <input type="checkbox"/> Inflamação <input type="checkbox"/> Metaplasia escamosa imatura <input type="checkbox"/> Reparação <input type="checkbox"/> Atrofia com inflamação <input type="checkbox"/> Radiação <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____ MICROBIOLOGIA <input type="checkbox"/> <i>Lactobacillus sp</i> <input type="checkbox"/> Cocos <input type="checkbox"/> Sugestivo de <i>Chlamydia sp</i> <input type="checkbox"/> <i>Actinomyces sp</i> <input type="checkbox"/> <i>Candida sp</i> <input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i> <input type="checkbox"/> Efeito citopático compatível com vírus do grupo Herpes <input type="checkbox"/> Bacilos supracitoplasmáticos (sugestivos de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>) <input type="checkbox"/> Outros bacilos <input type="checkbox"/> Outros; especificar: _____	CÉLULAS ATÍPICAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO Escamosas: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau Glandulares: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau De origem indefinida: <input type="checkbox"/> Possivelmente não neoplásicas <input type="checkbox"/> Não se pode afastar lesão de alto grau ATIPIAS EM CÉLULAS ESCAMOSAS <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e neoplasia intra-epitelial cervical grau I) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo neoplasias intra-epiteliais cervicais graus II e III) <input type="checkbox"/> Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir micro-invasão <input type="checkbox"/> Carcinoma epidermóide invasor ATIPIAS EM CÉLULAS GLANDULARES <input type="checkbox"/> Adenocarcinoma "in situ" Adenocarcinoma invasor: <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Endometrial <input type="checkbox"/> Sem outras especificações <input type="checkbox"/> OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS: _____ <input type="checkbox"/> PRESEÇA DE CÉLULAS ENDOMETRIAIS (NA PÓS-MENOPAUSA OU ACIMA DE 40 ANOS, FORA DO PERÍODO MENSTRUAL)
Observações Gerais: _____	Responsável pelo resultado
Data da liberação	CNPF (CPF)

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETAS DE DADOS

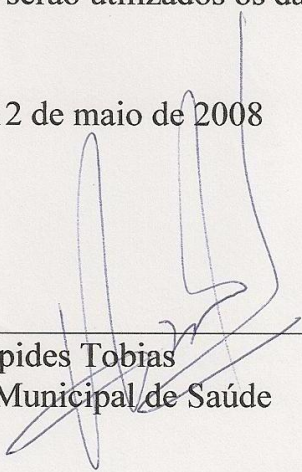
PREFEITURA MUNICIPAL DE PARACATU - MINAS GERAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, que a pesquisadora Rosalba Cassuci Arantes, portadora do RG nº. MG 5.270.257, CPF 745531606-25, está autorizada a realizar pesquisa nos cadernos de registros de coletas de material para exames citopatológico do colo uterino das unidades de saúde do município cadastradas como ponto de coleta bem como colher informações das referidas coletas junto ao laboratório de referência do município que realiza os exames e no sistema de informação a nível estadual, com a finalidade de realizar seu trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Franca.

Declaro ainda ter conhecimento da pesquisa a ser realizada e de ter sido previamente informado de como serão utilizados os dados colhidos.

Paracatu, 12 de maio de 2008



Eurípides Tobias
Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE FRANCA
Pró-Reitoria Adjunta de Pesquisa e de Pós-Graduação

**CEPE - Comitê de
Ética
em Pesquisa**

DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa (**protocolo nº 092/08**), intitulado “**A realização do exame papanicolau em Paracatu-MG: análise do período 2004 a 2006**” de autoria da pesquisadora **Rosalba Cassuci Arantes** por estar de acordo com os Princípios Éticos de Pesquisa em Humanos adotado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEPE) da Universidade de Franca-SP (*registrado no Ministério da Saúde sob o nº 128118/2005*), foi deliberado **APROVADO** na 8ª Reunião Ordinária realizada em 30 de outubro de 2009.

Franca, 30 de outubro de 2009.


Prof. Dr. Carlos Henrique Gomes Martins
Coordenador do CEPE da Universidade de Franca

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)